SOZIALE PROGNOSE BEI JÜNGEREN SCHIZOPHRENEN UND ZYKLOTHYMEN

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Bonn

vorgelegt von

MARTINA BEATRIX DAMMER

aus

Kempen-Krefeld

Bonn 1980

SOZIALE PROGNOSE BEI JÜNGEREN SCHIZOPHRENEN UND ZYKLOTHYMEN

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Bonn

vorgelegt von

MARTINA BEATRIX DAMMER

aus

Kempen-Krefeld

Bonn 1980

Angefertigt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

1. Gutachter: Professor Dr. med. W. Zeh
2. Gutachter: Professor Dr. med. G. Huber

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Aus der Universitäts-Nervenklinik Bonn
Direktor: Prof. Dr. G. Huber (Psychiatrie)
Komm. Direktor: Prof. Dr. H. Penin (Neurologie)

Druck: E. Schmitt u. M. Meyer, Ludwigskai 28 a, 8700 Würzburg

Meiner Mutter gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536524_0021

INHALT

		Seite
1.	Einleitung	7
2.	Literaturübersicht und theoretischer Hintergrund	9
2.1	Verlaufsuntersuchungen bei Schizophrenien und Zyklothymien	9
2.2	Psychopathologische Aspekte	17
2.3	Soziologische Aspekte	23
2.4	Faktoren, die die soziale Prognose beeinflussen	27
2.5	Wiedereingliederung in Umwelt und Beruf	33
2.5.1	Privater Lebensbereich	33
2.5.2	Besondere Problematik des Berufslebens	38
3.	Eigene Untersuchungen	46
3.1	Material und Methodik	46
3.2	Ergebnisse	49
3.2.1	Aufnahmezahlen, Alters- und Geschlechtsverteilung	49
3.2.2	Familienstand	52
3.2.3	Schul- und Berufsausbildung	55
3.2.4	Erwerbstätigkeit und Beruf	59
3.2.5	Soziale Entwicklung	65
3.2.6	Zwischenmenschliche Beziehungen	69
3.3	Kasuistik	71
3.3.1	Zyklothyme Patienten	71
3.3.2	Schizophrene Patienten	93
4.	Diskussion	115

5. Zusammenfassung 131

6. Anhang: Entwurf eines Fragebogens zur sozialen Anamnese 133

7. Literaturverzeichnis 138

1. Einleitung

Die vorwiegend verlaufsprognostisch orientierte Lehre KRAEPELINs unterteilte die endogenen Psychosen in das manisch-depressive Irresein und die Dementia praecox. Der Begriff der Dementia praecox war fortan mit der Vorstellung des prozeßhaften, progredienten Verlaufs, der Unheilbarkeit und der „Demenz" als unausweichlichem Endzustand verbunden. Demgegenüber wurde den Erkrankungen, die im zyklothymen Formenkreis zusammenzufassen sind, eine durchweg günstige Prognose zugesprochen mit phasenhaftem Verlauf und Restitutio ad integrum.

Die starre KRAEPELINsche Verlaufsprognostik wurde von einer Reihe von Autoren in Frage gestellt (MAYER-GROSS, 1928; BUMKE, 1929; MAUZ, 1930; M. MÜLLER, 1936, 1960; HUBER, 1969; M. BLEULER, 1972; HINTERHUBER, 1973; E. und M. BLEULER, 1975), die auf einen in ihrem Krankengut nicht unbedeutenden Anteil geheilter Schizophrenien hinwiesen. In der Literatur betonte man die Unterscheidung zwischen einer Heilung im medizinischen bzw. psychopathologischen Sinne und einer sozialen Heilung. Besonders deutlich wurde diese Problemstellung, als man bei den Schizophrenien unter der Pharmakotherapie eine Häufigkeitsverschiebung von schwerer Demenz zu leichteren, uncharakteristischen Residualzuständen beobachtete, die trotz einer fortbestehenden schwachen Symptomatik der Resozialisierung zugänglich wurden (GLATZEL, 1967; HUBER, 1967, 1969; JANZARIK, 1968; GROSS und HUBER, 1971, 1973; M. BLEULER, 1972). Mehr und mehr rückte das soziale Schicksal der geheilten und der teilremittierten und somit sozial heilbaren Schizophrenen ins Blickfeld und fand Eingang insbesondere in die neuere Literatur.

Hinsichtlich der Zyklothymien wurde die ursprünglich als so günstig angesehene Prognose erschüttert, indem Autoren die Möglichkeit der Chronifizierung (STRANSKY, 1911; LANGE, 1928; BUMKE, 1929; MAUZ, 1930; HOLE, 1972) und der Ausbildung von

Residualzuständen in Form von affektiven Dauerverstimmungen (STRANSKY, 1911; LANGE, 1928; M. MÜLLER, 1936; WEITBRECHT, 1960) herausstellten. Aber selbst wenn -entsprechend der klassischen Prognostik- die einzelnen manisch-depressiven Phasen in einer Restitutio ad integrum ausklingen, so können sie dennoch durch häufiges Rezidivieren die Kontinuität des Lebenslaufes aufheben und eine soziale Entwurzelung nach sich ziehen (ALBRECHT, BÜRGER-PRINZ, HOLE, OLSEN, POORT, SCHELLER). Als besonders folgenschwer erwiesen sich die Auswirkungen beim Jugendlichen, dessen Lebensweg von zyklothymen Attacken „durchlöchert" wird (ALBRECHT) in einem Lebensabschnitt, in dem in persönlicher und beruflicher Hinsicht die Weichen gestellt werden.

Gegenstand dieser Arbeit ist, der Frage nachzugehen, ob und inwieweit eine Erkrankung an Schizophrenie oder Zyklothymie einen jungen Menschen sozial aus der Bahn wirft, wie sein beruflicher Werdegang in Mitleidenschaft gezogen und seine zwischenmenschlichen Beziehungen beeinträchtigt werden. Die Einstellung der Gesellschaft zum psychisch Kranken soll in unsere Überlegungen mit einbezogen werden.

2. Literaturübersicht und theoretischer Hintergrund

2.1 Verlaufsuntersuchungen bei Schizophrenien und Zyklothymien

Die Rehabilitationserwartung hängt in erheblichem Maße vom klinischen Verlauf der Psychose ab. Deshalb wird versucht, zu Beginn des theoretischen Teils einen kurzen Überblick über die Ergebnisse der bedeutendsten Verlaufsuntersuchungen zu geben und auch die Grundzüge der geschichtlichen Entwicklung mit einzubeziehen.

Schizophrenien

Aufbauend auf das Werk von KAHLBAUM und HECKER entwickelte KRAEPELIN die klassische Verlaufsprognostik der Schizophrenien, die von größtem prognostischem Pessimismus gekennzeichnet war. Die Lehre KRAEPELINs stellte den ersten namhaften Versuch dar, durch Verbindung der Diagnostik mit der Prognostik eine klare Aussage über den Verlauf der endogenen Psychosen zu machen. Die Auffassungen über die Prognostik waren von KRAEPELIN bis in die heutige Zeit einer ständigen Modifikation unterworfen; ÖDEGARD gibt einen Überblick über die sich wandelnden Ansichten.

Der KRAEPELINschen Doktrin wurde schon früh von HOCHE (1912) widersprochen, der für die Erstellung der Diagnose nur Symptome und Symptomenkomplexe für zulässig hielt. E. BLEULER prägte 1911 den Begriff der „Schizophrenie" statt „Dementia praecox" und schuf damit auch auf begrifflicher Ebene eine Trennung zwischen Diagnose und Prognose. Allerdings hielt auch E. BLEULER die Schizophrenie im Prinzip für unheilbar, denn er fand in seinem Krankengut bei allen entlassenen Schizophrenen noch mehr oder weniger deutliche Krankheitszeichen. Deswegen spricht er nicht von einer Heilung, sondern von einer Besserung,

auch wenn der entlassene Patient äußerlich gesund und sozial völlig angepaßt ist. Die klinische Forschung verließ die Längsschnittbetrachtung und wandte sich zunehmend der Querschnittsbetrachtung zu. KRAEPELIN (1920) selbst räumte später ein, daß abhängig von der Konstitution dieselbe Krankheit verschiedene Bilder zeigen könne. MAYER-GROSS steht dem destruierenden Verlauf als diagnostischem Kriterium der Schizophrenie mit Vorbehalten gegenüber, da er in seinem Krankengut außerordentlich unterschiedliche Verlaufsformen und Remissionstypen fand. Knapp die Hälfte der von ihm beobachteten Schizophrenen lebte nach 15 Jahren zu Hause, war praktisch gesund und sozial angepaßt. Bei BUMKE (1929) findet sich der Hinweis, daß die Prognose der Schizophrenie vielleicht wegen der ursprünglichen Bezeichnung Dementia praecox als schlechter angesehen werde, als sie ist. Auch in seinem Material findet sich ein beachtlicher Anteil remittierter Patienten (21% sehr gute Remissionen, 19% Teilremissionen).

KRETSCHMERs „sensitiver Beziehungswahn" bedeutet die Grundlegung der mehrdimensionalen Diagnostik. Als Hauptmerkmale führt KRETSCHMER an die erbliche Belastung, den biologischen Faktor der Erschöpfung und vor allem die psychologisch-reaktive Komponente, die bestimmt wird durch die Trias Charakter, Erlebnis und Milieu. Auf dem Hintergrund eines bestimmten sozialen Milieus sei die Kumulationswirkung typischer Erlebnisse auf die typische sensitive Charakterstruktur krankheitsauslösend.

MAUZ stellt die Abhängigkeit der Prognose des Einzelfalles von Faktoren etwa wie Körperbau, praemorbide Persönlichkeit und Außenweltzuwendung dar und betont gleichzeitig die Kompensierbarkeit des schizophrenen Defekts. Die „schizophrenen Katastrophen" (MAUZ) machen 15% seines Krankengutes aus und betreffen ausschließlich die jugendliche Altersgruppe.

Unter den von FULLER (1935) beobachteten Schizophrenen waren nur 43% dauernd hospitalisierungsbedürftig. M. MÜLLER (1936),

der auf die Erfolge der Schocktherapie verweist, löst sich ganz von der Kraepelinschen Lehre mit den Hinweis auf die überwiegende Zahl milder verlaufender Fälle, die zu weitgehenden Remissionen und sogar zu sozialer Heilung gelangen, da die verbleibenden Defekte das soziale Leben des Betreffenden nur unwesentlich beeinflussen. „Heute kann das Dogma von der Unheilbarkeit der Schizophrenien wohl endgültig als gebrochen betrachtet werden" (M. MÜLLER).

In der neueren Literatur stammt die bedeutsamste Verlaufsuntersuchung von M. BLEULER (1972), der schizophrene Probanden 22 Jahre lang in ihrem weiteren Schicksal beobachtete. Er kommt zu dem Ergebnis, daß fünf bis zehn Jahre nach Einsetzen der Krankheit sich der Zustand im Durchschnitt nicht mehr verschlechtert. Je ungefähr 20 bis 30 Prozent der Fälle mündeten in schwerem, mittelschwerem oder leichtem schizophrenem Defekt oder in (sozialer oder völliger) Heilung. Die Schizophrenie erreiche im allgemeinen keinen Endzustand, wie früher angenommen, und hinterlasse keinen abgestumpften, nicht mehr entwicklungsfähigen Menschen, sondern erlaube noch nach langen Jahren Neuerkrankungen, Verschlimmerungen, Heilungen und am häufigsten Besserungen. Mehr als 22 Jahre nach der Ersterkrankung seien 50 Prozent der Schizophrenen unbetreut außerhalb von Kliniken erwerbstätig. Unter der Behandlung durch Psychopharmaka äußerten sich die Schizophrenien milder als früher. Statt der chronischen Fälle beobachte man eher wellenförmige Verläufe; „Katastrophen-Schizophrenien" kämen kaum mehr vor. Trotzdem habe sich die Zahl der Heilungen nicht wesentlich erhöht.

Auch die Daten von M. MÜLLER (1960) belegen im Widerspruch zu den 1936 geäußerten Erwartungen (s.o.) die Tatsache, daß sich die langfristigen Prognosen für behandelte und unbehandelte Fälle im Laufe der Zeit angleichen, die modernen Behandlungsmethoden den Endausgang also nicht beeinflussen.

Deutlich wird die pharmakogene Häufigkeitsverschiebung von

schweren chronischen Zuständen zu leichteren Residuen, wenn man einige diesbezügliche Zahlenwerte aus der 11. und der 13. Auflage des Bleulerschen Lehrbuches vergleicht:

	11. Auflage (Stand 1940)	13. Auflage (Stand 1967)
einfache Verläufe:		
akut zu schweren chronischen Zuständen	5 - 15 %	keine
chronisch zu schweren chronischen Zuständen	10 - 20 %	5 - 10 %
chronisch zu leichteren chronischen Zuständen	5 - 10 %	15 - 25 %
wellenförmige Verläufe:		
wellenförmig zu leichteren chronischen Zuständen	30 - 40 %	20 - 25 %
Heilung nach wellenförmigem Verlauf	25 - 35 %	35 - 40 %

Die Tendenz zu leichteren Defektsyndromen ist natürlich von besonderem Gewicht im Hinblick auf das soziale Schicksal dieser Patienten, die - obgleich nicht frei von Krankheitssymptomen - dennoch sozial angepaßt leben können.

GROSS und HUBER prägten den Begriff des pharmakogenen Symptomwandels, womit gemeint ist, daß nach Jahren und Jahrzehnten die typisch schizophrene Symptomatik zurücktritt gegenüber uncharakteristischen Residuen. Somit geht der Übergang von der Psychose zum „reinen Defekt" (HUBER) vonstatten. Ein erheblicher Anteil der Schizophrenen zeigt einen „zweiten positiven Knick", der eine bessere soziale Eingliederung zur Folge hat. Diese Feststellung trifft auch JANZARIK (1968), der bei seinen Patienten nach langem Krankheitsverlauf ein Abblassen der Symptome und Rückbildung der produktiven Symptomatik beobachtete.

GLATZEL (1967) weist auf die zeitliche Raffung des Krankheitsverlaufes unter Pharmakotherapie hin. Durch medikamentöse

Behandlung wird die Zeitspanne bis zum Erreichen eines symptomärmeren Erscheinungsbildes verkürzt. Hiermit stimmt die These JANZARIKs (1963) überein, daß die Schizophrenie eine asynchron vorauslaufende Alterung bewirkt, die im Laufe der Jahre von der physiologischen Alterung eingeholt wird. So kommt es zu einer Kompensation des zuvor bestehenden typischen „Endzustandes"; der Patient wird zugewandter und modulationsfähiger.

Zyklothymien

Daß nicht jede Zyklothymie dem klassischen Verlaufstyp entspricht, ist bereits von KRAEPELIN erwähnt worden. Er ging davon aus, daß eine Minderzahl der Zyklothymien keine vollständige Restitution der Persönlichkeit zuläßt. Diese Erfahrung, daß es zu Residualzuständen und zur Chronifizierung kommen kann, ist von den Klinikern immer wieder bestätigt worden (STRANSKY; LANGE; BUMKE, 1929; MAUZ; M. MÜLLER, 1936; LUNDQUIST; KINKELIN; WEITBRECHT, 1960; CLARK; HUBER, 1967; GLATZEL, 1969; LAUTER).

Dennoch darf nicht übersehen werden, daß die vorwiegende Verlaufsform eine phasische ist mit Restitutio ad integrum, die Streckenprognose im Sinne von M. MÜLLER also fast immer als gut anzusehen ist. Die Richtungsprognose (M. MÜLLER) läßt wegen der Periodizität der Erkrankung aber keinen derartigen Optimismus zu. Wenn man die soziale Problematik ins Auge faßt, wird man feststellen, daß lange Phasen, häufige Rezidive und kurze Intervalle eine Gefahr für das soziale Leben des Patienten darstellen. Um diesen Fragen nachzugehen, haben wir die entsprechenden Daten aus Verlaufsuntersuchungen zusammengestellt; hier zunächst die Angaben bezüglich der durchschnittlichen Phasendauer:

KRAEPELIN	6 - 8 Monate
PANSE (1924)	7 Monate
MAUZ	4 - 6 Monate
M. MÜLLER (1936)	6 - 8 Monate
LUNDQUIST	6 Monate (jüngere Kranke)
	9 Monate (ältere Kranke)

KINKELIN	8 - 10 Monate (Ersterkrankte)
WEITBRECHT (1973)	8 - 12 Monate
HUHN, PAULY	4,6 Monate
E. und M. BLEULER, (1975)	6 - 12 Monate

Auch wenn die Zeitangaben bei den verschiedenen Autoren variieren, so wird doch ersichtlich, daß im allgemeinen mit einer Krankheitsdauer von einem halben Jahr oder mehr zu rechnen ist. Hier zeichnet sich deutlich die soziale Problematik ab: Kann der Depressive, insbesondere der junge Mensch, derart lange berufliche Ausfallzeiten verkraften sowie Zeiten verminderter Leistungsfähigkeit?

Verschärft erscheint diese Problemstellung, wenn man die Wahrscheinlichkeit von Rezidiven in Betracht zieht. Auch über die Phasenhäufigkeit hat eine Reihe von Autoren Untersuchungen angestellt, deren Ergebnisse wir tabellarisch zusammenfassen:

	1 Phase	2 Phasen	3 und mehr Phasen
KRAEPELIN			
Depressionen	60 %	27 %	13 %
Manien	68 %	16 %	16 %
zirkuläre Form	34 %	29 %	37 %
LANGE	12 %	33 %	+)
BUMKE (1929)	40 %	+)	+)
RENNIE	21 %	+)	63 %
POORT	30 %	+)	+)
LUNDQUIST			
Depressionen	61 %	26 %	13 %
Manien	55 %	18 %	28 %
KINKELIN	16 %	+)	+)

+) ohne Angabe

Die Zahlenangaben enthalten sehr starke Abweichungen, was wohl auf die unterschiedlichen Beobachtungszeiträume zurückzuführen ist. Klar erkennbar ist aber die Tendenz zu Rezidiven, vor allem, wenn man die Ausführungen von KINKELIN, in deren Krankengut 22 Prozent der Patienten mehr als acht Phasen durchmachten, und die Ergebnisse von RENNIE, der bei 45 Prozent der Fälle vier und mehr Phasen beobachtete, berücksichtigt.

Bei einem erheblichen Prozentsatz der Zyklothymen wird die Lebenskontinuität also mehrfach in unterschiedlichen Intervallen unterbrochen durch erneute Phasen. KRAEPELIN gibt die durchschnittliche Intervalldauer nach der ersten Phase mit 4,3 Jahren, LANGE mit 10,6 Jahren an. Die symptomfreie Zeitspanne sinkt nach der vierten Phase auf 1,7 Jahre (KRAEPELIN) bzw. auf 4,5 Jahre (LANGE). Eine Häufung der Phasen mit zunehmendem Alter und Verkürzung der Intervalle beschreiben auch STRANSKY, KINKELIN, WEITBRECHT (1973), E. und M. BLEULER (1975).

KRAEPELIN und später auch MAUZ beobachteten, daß einmaligen manischen und depressiven Phasen im jugendlichen Alter häufig nach jahrzehntelangem freiem Intervall Rezidive erst zwischen dem 40. und dem 50. Lebensjahr folgen. Auch M. MÜLLER (1936) bestätigt die Tatsache, daß die zweite und letzte Phase bei vorausgegangener Pubertätsmelancholie oft in der Involution auftritt. Bei einer Anzahl jüngerer Depressiver wird also die erste durchgemachte Phase über lange Zeit die einzige bleiben; bei diesen Patienten ist der soziale Werdegang vermutlich weit weniger beeinträchtigt als bei solchen mit gehäuften Attacken oder mit Residualsymptomen oder gar bei chronifizierten Fällen.

Auf die Problematik der Residualsymptome werden wir im folgenden Kapitel eingehen.

Bereits KRAEPELIN wies auf die Möglichkeit der Chronifizierung der Zyklothymie hin, setzte den Prozentsatz der chronischen Fälle aber nur mit vier bis fünf Prozent an. LANGE fand in seinem Krankengut 14 Prozent, RENNIE 7 Prozent und KINKELIN 40 Prozent (bei den zirkulären Formen) bzw. 15 Prozent(bei den periodischen Formen) an chronifizierten Fällen. Dabei faßt KINKELIN allerdings den Begriff der chronischen Erkrankung weiter, indem sie medizinische und soziale Dauerinvalidität einbezieht. Bei den von LUNDQUIST untersuchten Zyklothymien heilten 92 Prozent der Manien (bei Patienten unter 30 Jahren: 95,6 Prozent) und 80 Prozent der Depressionen (bei Patienten unter 30

Jahren: 92 Prozent) nach der ersten Attacke aus. Obgleich das Risiko des Chronischwerdens bei jüngeren Kranken also niedriger zu sein scheint, darf die chronische Verlaufsform nicht außer Betracht bleiben, insbesondere da, worauf HUBER (1967) hinweist, die Psychopharmaka die Tendenz zu protrahierten Phasen und zu chronischen Zuständen anscheinend verstärken.

Spricht man von der Chronifizierung der Zyklothymie, wären somit zwei verschiedene Aspekte der Chronizität zu berücksichtigen, nämlich einerseits der prinzipiell mögliche rezidivierende oder periodische Verlauf, andererseits persistierende Veränderungen.

„Sicher ist, daß die im Wesen chronische Natur des Leidens, gerade in den „klassischen" Fällen lange Zeit nicht deutlich zutage tretend, durch die Betrachtung der Dauer- und Schwächezuständen zustrebenden Fälle besonders evident wird; und daß die Vorhersage, die ja für den Einzelfall meist gut ist,...., durch diese Erwägungen getrübt wird." (STRANSKY)

2.2 Psychopathologische Aspekte

In diesem Kapitel wollen wir der Frage nachgehen, welchen bleibenden Persönlichkeitsveränderungen der Psychotiker unterliegen kann. Von ausschlaggebender Bedeutung sind in beruflicher Hinsicht ein etwaiger Leistungsabfall und Aktivitätsminderung sowie im Bezug auf die mitmenschlichen Kontakte affektive Störungen, Autismus und Gefühlsverarmung.

Schizophrenien

MAYER-GROSS teilt die schizophrenen Residualsymptome in drei Gruppen:

a. Denkstörungen
b. Aktivitätsstörungen
c. affektive Störungen

Bei der Erörterung der schizophrenen Residuen wollen wir diese Einteilung zugrundelegen, wobei die drei wesentlichen Residualsymptome nicht als isolierte Erscheinungen verstanden werden sollen, sondern vielmehr als Kombinationen mit unterschiedlichen Schwerpunkten aufzufassen sind.

a. Denkstörungen. MAYER-GROSS umreißt den Charakter der Denkstörungen als Verschwommenheit, Ungenauigkeit, Vagheit und Abneigung gegen alles Konkrete. Der eingeschränkten Denkfähigkeit stünden jedoch befriedigende Leistungen im Beruf bei gewohnheitsmäßigen Tätigkeiten gegenüber. Schizophrene seien unauffällig bei Verrichtungen, die keine Spontaneität erforderten, wogegen bei nur kleinen selbständigen Aufgaben eine beträchtliche Zerfahrenheit zutage trete. KRAEPELIN (1913) weist auf eben diese Tatsache hin, daß der remittierte Schizophrene wohl die alltäglichen Anforderungen zu erfüllen vermag, dabei aber stiller und zerfahrener ist und maschinenmäßig arbeitet. Den Begriff der maschinenmäßig ausgeführten Arbeit finden wir auch bei BUMKE (1929), der die gesunkene intellektuelle Leistungsfähigkeit, Zerfahrenheit und Stumpfheit als Gründe für die fehlende Spontaneität anführt. Auch PETRILOWITSCH erwähnt das

„Schablonenhafte,' Formalistische, Unfreie, Maschinenhafte" beim Schizophrenen.

b. Aktivitätsstörungen. MAYER-GROSS faßt unter diesem Begriff eine reduzierte Gesamtleistungsfähigkeit, Organbeschwerden, Schwächezustände und Kraftlosigkeit zusammen; ebenso wie KRAEPELIN sieht er in diesen Aktivitätsstörungen die Ursache für den häufigen sozialen Abstieg des Schizophrenen in der Remission. Angesichts des durch die Schizophrenie bedingten Verlustes an Spannkraft spricht CONRAD von einer „Reduktion des energetischen Potentials", die sich dahingehend auswirke, daß für jegliches Vorhaben ein Energiebetrag fehle und so im Extremfall „Syndrom der gebrochenen Feder" entstehe. JANZARIK subsumiert das „Nachlassen der Spontaneität und Reagibilität, der Antriebskraft und Ausdauer und das Erlahmen der Zielgerichtetheit" unter der Formel der „dynamischen Entleerung", der nach seiner Ansicht bereits praepsychotisch eine dynamische Insuffizienz vorausgeht. Für die postpsychotische Asthenie, Versagensneigung und Impulsschwäche prägte HUBER in Korrelation zu den von ihm untersuchten subcorticalen Atrophien den Begriff des „reinen Defekts".

c. Affektive Störungen. Die Charakterveränderungen auf affektivem Gebiet beschreibt MAYER-GROSS als Kühle, Teilnahmslosigkeit, fehlenden Sinn für Takt und Rücksichtnahme, maßlose, unbeherrschte Affektausbrüche sowie fehlende affektive Resonanz; all das werde als Egoismus und dergleichen ausgelegt und führe zur sozialen Isolierung. Auf die Problematik der Isolierung, der sozialen Zurückgezogenheit und der Scheu des Schizophrenen vor einer engen Bindung an eine andere Person weist WEINBERG hin. Der Schizophrene setze sich mit einer Umwelt auseinander, so führt KRANZ aus, die ihm fremd und unheimlich erscheine und auf die er mit Abwehr und Resignation reagiere. PETRILOWITSCH stellt fest, daß auch der sozial eingefügte Schizophrene oft etwas Leblos-Roboterhaftes an sich habe. Der Kranke sei unfähig zu „Trauer, Mitfühlen, Nacherleben, Humor, Niedergeschlagen-

heit", -Wesensmerkmale, die HUBER als „Einbuße an mitmenschlicher Beziehungsfähigkeit" charakterisiert. Die emotionalen Äußerungen des Kranken erscheinen in eigentümlicher Weise vom Gemütsgrund der Persönlichkeit herausgelöst (PETRILOWITSCH).

Es darf nicht unerwähnt bleiben, daß die oben beschriebenen Residuen ebensogut als krankheitsbedingt verstanden werden können wie auch als Folge der Hospitalisierung und der Auseinandersetzung mit einer entfremdeten Umwelt. Der sich lange hinziehende Krankheitsverlauf bewirkt charakteristische Hospitalisierungsschäden, auf die wir im nächsten Kapitel eingehen (vgl. v.a. GOFFMAN). Im BLEULERschen Lehrbuch (1975) wird ausgeführt, daß bei der Beurteilung der Residualzustände außer der psychologischen Verarbeitung des Erlebens der Psychose auch die veränderte soziale Lage nach Entlassung in Betracht gezogen werden muß. Nach W. SCHULTE (1963) beobachtet man aufgepfropfte neurotische Störungen, wenn der Betreffende sich nicht in seine neue soziale Rolle hineinfinden kann.

Wie RUDOLPH ausführt, reagiert die Umwelt in kennzeichnender Weise auf die Hypodynamie, die Isolierungstendenzen, die Schutzmechanismen des Schizophrenen. Infolge relativer Überforderung, Zurücksetzungserlebnissen, Ressentimentreaktionen, Vorurteilen, Distanzierung und gesellschaftlicher Diffamierung zeigt der Schizophrene psychoreaktive Verhaltensstörungen. Die resultierende Wesensänderung ist dann nicht Folge der Schizophrenie, sondern das „psychologisch verstehbare Produkt all der negativen Erfahrungen des Kranken mit seiner Umwelt."

Zyklothymien

In KRAEPELINs Lehrbuch findet sich die Feststellung, daß sich bei gehäuften zyklothymen Attacken in den Intervallen deutliche Krankheitssymptome zeigen können: „eine gewisse Unfreiheit und Unselbständigkeit, gedrücktes, menschenscheues Wesen, leichte Ermüdbarkeit, großes Schlafbedürfnis und Herabsetzung

der Arbeitskraft" - oder aber auch im Gegenteil „Reizbarkeit, stark gehobenes Selbstgefühl, Streitsucht, Unstetigkeit, Aufgeregtheit". Recht häufig seien auch in den Zwischenzeiten leichte, angedeutete „Anfälle" mit manischem oder depressivem Charakter, die meist nicht als solche erkannt, sondern auf äußere Einflüsse wie Überarbeitung oder Enttäuschung zurückgeführt würden. Den gleichen Hinweis auf depressive Nachschwankungen finden wir in der neueren Literatur bei HOLE.

STRANSKY beschreibt etliche Typen von Verlaufsformen, bei denen das eine Extrem scharf abgegrenzte Phasen mit symptomfreien Intervallen darstellt, das andere Extrem einen dauernden Defekt, wobei Attacken und Intervalle nicht mehr voneinander abzugrenzen sind. Zwischen diesen Extremen liegen Erscheinungsformen, die durch Stimmungsschwankungen, affektive Störungen und geistige Verarmung gekennzeichnet sind. Die entsprechende Feststellung trifft LANGE: „Von solchen Fällen, die das ganze Leben aus ihren Phasen nicht herauskommen, bis zu anderen, die nur einmal im Leben erkranken, gibt es alle möglichen Übergänge."

Die Tendenz zu phasenüberdauernder Symptombildung tritt unter der Pharmakotherapie verstärkt in Erscheinung. Ebenso wie HUBER (1967) führt LAUTER aus, daß die Psychopharmaka die Entstehung von leichten, symptomarmen, aber zugleich verwaschenen und nicht phasenhaft abgrenzbaren Verläufen begünstigen. Diese Zyklothymien verlaufen unter geringfügigen Schwankungen ohne deutliche Intermissionen und erreichen nicht wieder das frühere Vitalniveau. Es bliebe jedoch abzugrenzen, inwieweit es sich bei diesen Symptombildungen um rein pharmakogene Veränderungen der Affektivität und des Antriebs handelt während mitunter über Jahre dauernder Medikation.

Was den Charakter der psychischen Dauerveränderung betrifft, so spricht WEITBRECHT (1960) von einer dauernden Gedrücktheit, „als hätten die Schwungfedern ihre Spannung eingebüßt", von „moroser Freudlosigkeit" und einem „hölzern-rechthaberischen

Pessimismus". Manische Phasen gingen mitunter in eine hypomanische Dauerverstimmung über mit Ichbetontheit, Geltungsbedürfnis, Vielgeschäftigkeit und Distanzlosigkeit.

JANZARIK (1959) beschreibt die „dynamische Reduktion" als Charakteristikum der Depression mit seelischer Erstarrung und Antriebs- und Gefühlsverlust; eine Symptomatik, die sich allerdings in den klassisch verlaufenden Fällen wieder voll zurückbilde. Der Konzeption von der „dynamischen Reduktion" entspricht BLANKENBURGs Betonung der Leistungsminderung als Folge von Antriebshemmung, mangelndem Selbstvertrauen und Zuversicht sowie der depressiven Tendenz, alles schwarz zu sehen.

SCHELLER berichtet von langanhaltenden Stuporzuständen, hypochondrischen Einstellungen und Zwangsphänomenen bei den von ihm beobachteten Depressiven jugendlichen Alters. Fälle mit dominierender vegetativer Symptomatik beobachtete GLATZEL (1969) bevorzugt bei jungen Menschen, und gerade diese Patienten zeigten eine starke Tendenz zur Ausbildung von Residuen.

LAUTER vertritt die Ansicht, daß ein phasenüberdauernder Persönlichkeitwandel durch die Enthüllung bestimmter Charakterzüge zustande kommen könne, die sich in gesunden Zeiten nicht als Störung des seelischen Gleichgewichtes bemerkbar machten, also im Grunde durch eine aktualisierte Neurose. Eine Form des Persönlichkeitswandels stellt nach LAUTER die psychogene Fixierung auf eine während der Depression erworbene Rolle dar, so zum Beispiel die Unterordnung unter einen energischeren Ehepartner oder eine überfürsorgliche Mutter. Da ein Versuch, diese Rollenverteilung zu durchbrechen, Konflikte nach sich ziehen würde, verharrt der Betreffende in der Rolle des Depressiven.

Einen Faktor von sozialer Bedeutung stellt auch der depressive Gefühlsverlust dar, den PETRILOWITSCH als Folge der Hemmung der dynamischen Faktoren bei erhaltenem Persönlichkeitskern beschreibt. Die Gefühlsverarmung wird nicht nur vom Kranken als

schmerzlich, sondern auch von seinen Angehörigen als befremdlich empfunden. Ausschlaggebend ist für die soziale Prognose, wie die engste Umgebung darauf reagiert, ob mit Einsicht und Verständnis oder aber betroffen, verärgert und gelähmt (BAER). Auf die oft unbewußte Verstimmung der Umwelt dem Depressiven gegenüber weist auch W. SCHULTE (1957) hin.

Mit der Problematik des „depressiven Autismus", der die Gefahr der Entfremdung von der Umwelt mit sich bringt, beschäftigt sich KRANZ. Dem Depressiven, dessen Wesen in den Urängsten im Sinne von K. SCHNEIDER befangen sei, bleibe nur wenig Zugang zur Außenwelt, auch nicht zum engsten Kreis der Familie. So ist das Verhältnis zwischen dem Kranken und seinen Angehörigen einer Krise ausgesetzt, was sich in den von BAER ausgewerteten Polaritätenprofilen niederschlägt, in denen die Angehörigen ein relativ negatives Bild des Patienten entwerfen.

2.3 Soziologische Aspekte

Wie Umfrageergebnisse in den USA zeigten, wird als Geisteskranker angesehen, wer sich in psychiatrischer Behandlung befindet oder befand (REIMANN). Drei Viertel der von JAECKEL und WIESER (1970) Befragten gaben an, daß sie mit einem aus einer Nervenklinik Entlassenen vorsichtiger umgehen würden, weil sie ihn für noch nicht endgültig geheilt hielten.

Diese Einbeziehung psychiatrischer „Expatienten" stellt ein besonderes Problem bei der Wiedereingliederung nach Entlassung dar, insbesondere, wenn man berücksichtigt, welches Bild vom Geisteskranken in der öffentlichen Meinung vorherrscht.

Untersuchungen von STAR ergaben, daß das Laienpublikum mehrheitlich Geisteskrankheit mit extremen produktiven Psychosen gleichsetzt. Drei Kriterien bestimmen die Auffassung der Öffentlichkeit (STAR, zit. n. JAECKEL und WIESER, 1970):

a. Zusammenbruch der Verstandesfunktionen,
b. Verlust der Selbstbeherrschung, der Kontrolle über das eigene Verhalten,
c. extrem unpassendes Verhalten.

Somit wisse der Geisteskranke nicht mehr, was er tue, verlöre die Kontrolle über sich selbst und könne gewalttätig werden. Im Polaritätenprofil beurteilt der Durchschnittsbürger den psychisch Kranken als unverständlich, unzuverlässig, unberechenbar, unbeeinflußbar (JAECKEL und WIESER, 1967), sowie als „relativ wertlos, schmutzig, gefährlich, gefühlskalt, unehrlich und vor allem unberechenbar und ängstlich-gespannt" (NUNNALLY, zit. n. REIMANN).

Wie ist diese kategorisch ablehnende, kompromißlose Einstellung der Öffentlichkeit zu verstehen? W. v. BAEYER wies bereits 1951, als sich das übrige Schrifttum noch fast ausschließlich mit der Psychopathologie befaßte, auf die Problematik der

„inneren Schranke", der Entfremdung, der Distanzierung vom seelisch Abnormen hin. Entscheidend ist nach W. SCHULTE (1957) die Uneinfühlbarkeit der Psychose. Die endogene Depression ist umweltstabil, ihre vitale Traurigkeit unverständlich und nicht nachvollziehbar; es fehlt das „sympathische Mitschwingen" wie bei der induzierten Traurigkeit eines Gesunden. Noch mehr überschreitet die Schizophrenie mit ihren Wahngebilden und der „endogenen Selbstherrlichkeit" (W. SCHULTE) dieser Psychose die Grenzen des Verstehens und des Nachfühlenkönnens.

Die Teilnahme des Geisteskranken am sozialen Leben erscheint der Allgemeinheit als nicht tragbar, weil dieser, indem er ausschließlich den Eigengesetzmäßigkeiten der Psychose unterworfen ist, die formalen Bedingungen der sozialen Interaktion verletzt. „Der Geisteskranke verkörpert sozusagen die Negierung von Einverständnishandeln überhaupt und damit der Grundvoraussetzung des ganzen kompliziert gebauten Steuerungs- und Regelungssystems des Verhaltens der Menschen untereinander" (JAECKEL und WIESER, 1967). In diesem Verlust der Sanktionierbarkeit besteht das „Unheimliche" und „Gefährliche" des psychisch Kranken; die von STAR (s.o.) herausgearbeiteten Charakteristika des Geisteskranken stellen das Gegenteil der von der Gesellschaft geforderten Eigenschaften dar.

Das Vorurteil und die Distanzierung gegenüber dem psychisch Kranken sind also letztlich als sozialer Steuerungsmechanismus zu verstehen oder auch nach FELDMANN als Abwehr von Angst. Dabei werden die ursprünglich von der Schizophrenie abgeleiteten Charakteristika verallgemeinert und auf alle psychischen Krankheiten übertragen. Allein der allgemeine Sprachgebrauch läßt einen negativen Stereotyp entstehen (Irrer, Verrückter, Tobsüchtiger); Merkmale wie Unberechenbarkeit und Gefährlichkeit bestimmen das Vorstellungbild, unter das ohne Unterschied alle psychisch Kranken subsumiert werden (FELDMANN). „Geisteskranke sind gefährlich, weil man nicht beurteilen kann, ob sie sich an die Spielregeln halten." - „Geisteskranke sind gefährlich, weil

sie sich nicht mehr in die Gesellschaft einfügen und der Gesellschaft gefährlich werden." (Antworten bei einer Umfrage von JAECKEL und WIESER, 1970).

Die Scheu vor dem „inneren Anderssein" (v. BAEYER, 1966) baut eine Schranke zwischen dem psychisch Kranken und der Gesellschaft auf, die ihren Ausdruck findet in der oft gänzlichen Absonderung der Geisteskranken. Zu bemerken ist, daß die industrialisierte Gesellschaft über weniger Kompensationsmöglichkeiten gegenüber der gesellschaftlichen Dysfunktionalität der Kranken verfügt als etwa die ländliche Großfamilie, wo dem Betreffenden eher eine periphere soziale Position belassen wird (v. BAEYER, 1951; ELOSUO; JAECKEL und WIESER, 1970; WIESER, 1967). Als Folge der Urbanisierung verminderte sich die Toleranz gegenüber dem Geisteskranken.

Totale Institutionen im Sinne von GOFFMAN übernehmen die Aufgabe der Absonderung der psychiatrischen Patienten. GOFFMAN zeigt die Probleme auf, die sich nach der Entlassung aus einer solchen Anstalt ergeben. Schwerwiegend ist die Tatsache der Diskulturation; der Anstaltsinsasse, der seine „Patientenkarriere" durchlaufen hat, hat so manche für den gesellschaftlichen Kontakt außerhalb der Anstalt erforderlichen Verhaltensweisen abgelegt. Auch die Stigmatisierung spielt eine entscheidende Rolle; draußen in der Welt wird man dem ehemaligen Patienten mit Vorbehalten entgegentreten. Zudem liegt die Entlassung meist zu einem Zeitpunkt, wo es dem Patienten bereits gelungen ist, sich in der Anstalt gewisse Privilegien zu verschaffen. „Kurz, er wird feststellen, daß die Entlassung dem Sturz von der obersten Stufe einer kleinen Welt auf die unterste einer größeren Welt gleichkommt" (GOFFMAN).

All diese Folgen des Institutionalismus treffen den Patienten natürlich besonders hart in der nach der Klinikentlassung ohnehin schwierigen Situation des Sichwiedereinfindens in Familie und Freundeskreis und, worauf RUDOLPH mit Nachdruck hinweist,

der erneuten Auseinandersetzung mit einer häufig krankheitsfördernden Unwelt.

WIESER beschäftigt sich mit dem Problem der sozialen Um- und Desorganisation, die im Umfeld psychischer Erkrankungen oftmals zu beobachten ist und in deren Verlauf der Kranke seine bislang innegehabte Rolle verliert. Die Psychose gewinnt einen sozialen Störwert, sobald sie den Kranken daran hindert, den an ihn gestellten Rollenanforderungen nachzukommen. Die unvollkommene oder fehlende Rollenerfüllung führt, da positive und negative Sanktionen nichts fruchten, zunächst zum Ausschluß aus Sekundärgruppen und zum Verlust des beruflichen Status. Innerhalb der Kleingruppe (Familie) bemüht man sich zunächst, die besondere Situation des Kranken zu verbergen, womit man seine soziale Anpassungsfähigkeit überfordert (WALTHER) oder man schließt ihn ganz offen aus.

Im übrigen wird versucht, durch Rollenumverteilungen zu einer tragfähigen Lösung zu gelangen. So kann beispielsweise der älteste Sohn die Rolle des erkrankten Vaters als Familienoberhaupt übernehmen; die Ehefrau kann, indem sie eine Berufstätigkeit aufnimmt, den Lebensunterhalt verdienen und ihre Rolle als Hausfrau etwa der Großmutter oder einer Tante übertragen. Verständlich sind die Schwierigkeiten des von seiner Psychose Geheilten, in einer so umstrukturierten Familie wieder zu einer annehmbaren Rolle zu finden.

2.4 Faktoren, die die soziale Prognose beeinflussen

In der Literatur finden sich Angaben über eine Vielzahl von Faktoren, die sich auf die soziale Prognose, sei es im Positiven oder im Negativen, auswirken. Über die entsprechenden Untersuchungen geben wir in diesem Kapitel einen Überblick. Die verschiedenen Einflüsse, die die Rehabilitationserwartung mitbestimmen, lassen sich untergliedern in von der Erkrankung abhängige Faktoren (wie Ersterkrankungalter oder Krankheitsdauer), persönliche Daten (wie Geschlecht, Intelligenz) und Umwelteinflüsse (wie familiäre Kontakte oder Vorurteile).

Ersterkrankungsalter. Dem Ersterkrankungsalter wird von vielen Autoren eine entscheidende Bedeutung beigemessen. Die Ergebnisse der Untersuchungen sind jedoch widersprüchlich, so daß letztlich der Faktor Alter sehr unterschiedlich beurteilt wird. Was die Zyklothymien betrifft, so beobachteten BURKE et al. bei jüngeren Patienten im allgemeinen eine bessere Wiedereingliederung, wogegen HUHN die schlechtere Prognose der (meist hereditär belasteten) Früherkrankten unterstreicht. Nach RENNIE haben Depressive zwischen 20 und 30 Jahren die beste Prognose.

Hinsichtlich der Schizophrenien stimmen HARTMANN, MOHS und HINTERHUBER darin überein, daß Erkrankungen in jungen Jahren einen günstigeren Verlauf erwarten lassen. GROSS et al. (1971) und ELOSUO kommen zu dem gleichen Ergebnis, geben aber den ausgesprochenen Früherkrankungen unter 20 Jahren eine schlechtere Prognose. Demgegenüber beobachteten KESKINER, HALL und WILLIAMS bei Patienten der höheren Altersgruppen die günstigeren Entwicklungen.

Akuter Krankheitsbeginn. Ein akuter Krankheitsbeginn wird bei den Schizophrenien übereinstimmend als günstiges prognostisches Zeichen gewertet (GROSS und HUBER, 1973; E. und M. BLEULER, 1975; REDLICH und FREEDMAN).

Praemorbide Angepaßtheit. Sowohl bei den Schizophrenen als auch bei den Zyklothymen gilt eine gute praemorbide Angepaßtheit als vorteilhaft für die spätere soziale Wiedereingliederung (REDLICH und FREEDMAN; GROSS und HUBER, 1973; E. und M. BLEULER, 1975; OLSEN).

Dauer der Erkrankung. Nach einer Reihe von Autoren korreliert die Dauer der Erkrankung bzw. des Krankenhausaufenthaltes stark mit der Langzeitprognose (HÄFNER, 1968; COOPER; ELOSUO; GASTAGER, 1965; KESKINER).

GOFFMAN beschreibt das Phänomen der Diskulturation und der Stigmatisierung des Kranken, der längere Zeit in einer Anstalt verbringt (vgl. voriges Kapitel). Durch langdauernde Untätigkeit, Mangel an sozialen Kontakten und das kustodiale System der „totalen Institution" bilden sich die Erscheinungen des Hospitalismus aus. Der Anstaltsinsasse verliert mehr und mehr die Fähigkeiten zur sozialen Interaktion. Je länger die Erkrankung andauert, umso stärker ist die berufliche und familiäre Position gefährdet (HÄFNER), es droht der Verlust des Arbeitsplatzes, des Freundeskreises und eine innerfamiliäre Rollenumverteilung.

So ergaben Untersuchungen von BERGER, daß nur 25 Prozent der Patienten, die bereits längere Zeit krank waren, eine gute soziale Anpassung erreichten, dagegen 70 Prozent der Patienten, deren Erkrankungsbeginn erst kürzere Zeit zurücklag.

Residualsymptome. Daß Residualsymptome die Rehabilitationsaussichten negativ beeinflussen, ist unbestritten. GROSS und HUBER (1973) unterstreichen, daß bei den Schizophrenien uncharakteristische Residuen wie Adynamie oder mangelnde Affektivität die soziale Prognose weit weniger beeinträchtigen als eine auch nur leichte produktive Symptomatik; gegenüber Wahn und Halluzinationen zeigt die Umwelt nur eine geringe Toleranz.

Geschlecht. Ob das Geschlecht des Patienten für die soziale

Prognose eine Rolle spielt, läßt sich aus der vorliegenden Literatur nicht sicher beurteilen. HARTMANN fand keinen Unterschied in der Prognose. KESKINER kam ebenso wie BURKE zu dem Ergebnis, daß Frauen auf Grund der ihnen zugesprochenen Primärrolle als Hausfrau die günstigere Ausgangsposition hätten. Sie seien nicht gezwungen, in ein volles Arbeitsverhältnis mit allen damit verbundenen Schwierigkeiten und Leistungsansprüchen einzutreten. In unseren eigenen Untersuchungen wollen wir u.a. auf diese Fragestellung eingehen.

Intelligenz. Ein gutes praemorbides Intelligenzniveau wird als für eine erfolgreiche Wiedereingliederung positiver Faktor angesehen (E. BLEULER, 1911; REDLICH und FREEDMAN; GROSS et al., 1971).

Ausbildungsniveau. GROSS und HUBER (1973) sowie WILLIAMS et al. gehen davon aus, daß eine gute Schul- und Berufsausbildung zu einem günstigeren Verlauf beiträgt. Eine fehlende oder abgebrochene Berufsausbildung, oft auch als Folge der Erkrankung, verschlechtert die Rehabilitationsaussichten (HARTMANN). Bei den Untersuchungen von BERGER machen Studenten und Akademiker 90 Prozent der sehr gut wiedereingegliederten Patienten aus und einen Großteil der gut Integrierten.

MAYFIELD et al. dagegen fanden in den mittleren Berufsgruppen den größten Anteil der Patienten, die ihren beruflichen Pflichten gewachsen waren. Die Autoren folgern, daß gehobene, mit Verantwortung belastete Berufe gegenüber psychischen Störungen eine geringere Toleranzbreite aufweisen.

Demgegenüber argumentiert COOPER, daß Patienten mit qualifizierten Berufen nach ihrer Krankheit leichter an die alte Arbeitsstelle zurückkehren können. Ihr Arbeitsplatz wird eher für längere Zeit freigehalten. Der ungelernte Arbeiter dagegen kann leicht durch einen anderen ersetzt werden; deswegen findet man in den unteren sozialen Schichten viele Patienten, die entweder eine andere Arbeit annehmen müssen oder gar keine neue Tätigkeit

finden, oft auch wegen konjunktureller oder saisonaler Arbeitslosigkeit.

Art des Arbeitsplatzes. Hier stellt sich das Problem des geeigneten Arbeitsplatzes für Patienten in der Rehabilitation. Im Hinblick auf die Hebung des Selbstwertgefühls und die optimale Nutzung jeder Möglichkeit zur sozialen Wiedereingliederung hält WETZEL nicht die sogenannte leichte Arbeit für geeignet, sondern einen Beruf, in dem die Fähigkeiten des Betreffenden voll zur Anwendung kommen. Andererseits weisen IRLE sowie RUDOLPH auf die Gefahr der beruflichen Überforderung hin und auf die gravierenden psychischen Rückwirkungen eines beruflichen Scheiterns. Die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz in bekannte Beziehungen und ein vertrautes Gesamtgefüge hält VIEFHUES insbesondere bei Schizophrenen für ausschlaggebend, damit das Neue, Unbekannte und Schwierige einer neuen Arbeitsstelle nicht zur Barriere wird.

Sozialer Stand. Es besteht Übereinstimmung, daß ein gehobener Sozialstatus die Chancen der Rehabilitation verbessert (ELOSUO; GROSS und HUBER, 1973; REDLICH und FREEDMAN; WILLIAMS et al.). Nach COOPER korreliert ein niederer sozialer Stand mit Dauerhospitalisation, einer geringeren Erfolgsquote der Klinikbehandlung und einem häufigeren Scheitern der beruflichen Rehabilitation. Konsequenz ist, daß diese Patienten eher einem sozialen Abgleiten ausgesetzt sind.

Familienstand. Die Autoren weisen einhellig auf die stabilisierende Funktion einer intakten Ehe hin (BERGER und GRALNICK; BURKE et al.; ERRERA; FREEMAN und SIMMONS; HALL et al.;IRLE und PÖRKSEN; MAYFIELD und FOWLER; SCHOOLER et al.; WILLIAMS et al.). Die Wohngemeinschaft mit den Eltern wirkt sich ungünstig auf den Verlauf aus; noch schlechter gestellt sind aber Patienten, die allein oder in Wohnheimen leben (COOPER; HÄFNER, 1968; GASTAGER, 1965).

Einstellung der Angehörigen. Sehr stark hängt es für den Patienten von der Haltung der engsten Umgebung ab, ob ihm der erste Schritt zur sozialen Wiedereingliederung, nämlich das Wiederaufgenommenwerden in die Familie, gelingt. Das zu geringe „Anpassungsniveau" (WALTHER) der Familienmitglieder, Unverständnis oder Ablehnung des psychisch Kranken und Ausschluß von den familiären Angelegenheiten bedeuten eine starke Beeinträchtigung (WILLIAMS et al.; IRLE und PÖRKSEN; RENTON et al.; ELOSUO; MAYFIELD und FOWLER). Nach ALBRECHT ist gerade der jüngere Kranke sehr auf die Auffangmöglichkeiten im häuslichen Kreis angewiesen, da die Toleranzgrenzen in der Schule, in der Lehre oder im Beruf notwendigerweise enger gezogen sein müssen.

Overprotection. Übermäßiges Behütetwerden durch die Eltern hat einen ungünstigen Einfluß auf die weitere Entwicklung (WALTHER; GASTAGER, 1968);hier liegt wohl der Grund, weshalb Patienten, die in die elterliche Familie zurückkehren, eine schlechtere Prognose haben (s.o.). GASTAGER (1968) stellte sogar fest, daß Schizophrene, die in ihrer Kindheit in einer Situation der Entwurzelung standen (Waisen, Pflegekinder, Heimkinder), besser abschneiden, weil bei ihnen schon primäre Abwehrmechanismen ausgebildet sind.

Überforderung. Relative Überforderung und zu hoch gesteckte Erwartungen beeinträchtigen die Prognose (RUDOLPH). Andererseits stellten FREEMAN und SIMMONS eine Korrelation fest zwischen dem, was der Patient erreicht, und dem, was von ihm gefordert wird. Eine zu große Toleranz hinsichtlich der Leistungsansprüche könne sich demnach auch negativ auswirken.

Familiäre Konflikte. Untersuchungen von WILLIAMS und Mitarbeitern ergaben, daß familiäre Konflikte die Wiedereingliederung auf das stärkste beeinträchtigen. WING et al. beschreiben den Circulus vitiosus der zunehmenden Spannungen in der Familie, die durch das Verhalten des Kranken ausgelöst werden, und auf die der Patient wiederum in krankhafter Weise reagiert. Die

krisenhafte Zuspitzung dieses Konfliktes kann Anlaß zur Rehospitalisierung werden.

Vorurteile, Isolierung. Die soziale Wiedereingliederung ist erschwert durch Vorurteile gegenüber psychisch Kranken und die Situation der Isolierung, in die der Kranke demzufolge gedrängt wird (v. BAEYER; RUDOLPH). M. BLEULER (1971) sieht für den Verlauf der Schizophrenien all das als ungünstig an, was den krankheitseigenen Autismus noch fördert, also Isolierung, Untätigkeit und das Fehlen von Gemeinschaft.

Nach WETZEL erwachsen häufig Konfliktsituationen mit verständnislosen und voreingenommenen Nachbarn. Eine solche mit Vorurteilen belastete Umgebung fand ELOSUO bevorzugt in ländlichen Gemeinden.

Von IRLE und PÖRKSEN nach den Gründen für ihre Wiedererkrankung befragt, führten (schizophrene) Patienten eine Vielzahl von subjektiven Gründen an, häufig aber taucht der Begriff der Angst und der Einsamkeit auf. Umgekehrt gab mehr als die Hälfte der nicht wiedererkrankten Patienten gute Beziehungen zu ihrer Umwelt als Grund für ihre Genesung und ihr Gelingen an.

2.5 Wiedereingliederung in Umwelt und Beruf

2.5.1 Privater Lebensbereich

Der Beginn der Wiedereingliederung des psychisch Kranken in seinen privaten Lebensbereich und in seine Familie steht in zweierlei Hinsicht unter ungünstigen Vorzeichen.

Zum einen ist, wie GOFFMAN darlegt, der Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik verbunden mit einer Vertrauenskrise zwischen dem Kranken und seinen nächsten Angehörigen. Der Patient fühlt sich verlassen, der Maschinerie der Anstalt preisgegeben. Er spürt eine „entfremdende Koalition" zwischen der Anstaltsleitung und seinem nächsten Angehörigen, der für ihn die Einweisung und alle mit dem Aufenthalt verbundenen Formalitäten abwickelt.

Zudem kommt es, wie wir bereits im Kapitel über die soziologischen Aspekte ausführlich dargestellt haben, häufig zu einer Rollenumverteilung innerhalb der Familie, wenn sich die Erkrankung länger hinzieht (WIESER; HÄFNER, 1968). Nicht selten hat der entlassene Patient sich mit einer veränderten Familienstruktur auseinanderzusetzen, die ihm nur noch eine periphere Rolle beläßt.Hinzu kommt eine gewisse Reserviertheit, wenn nicht gar eine betonte Distanzierung von Seiten der Umgebung, die nicht recht weiß, wie sie sich zu einem psychisch Kranken stellen soll.

Die Probleme im privaten Bereich stellen sich für Schizophrene und Depressive oft recht verschieden dar, weswegen wir sie im folgenden getrennt abhandeln.

Schizophrenien

Nicht nur Mißtrauen und Angst seitens der Angehörigen belasten

die innerfamiliären Beziehungen (E. und M. BLEULER, 1975), sondern auch die schizoide Wesensänderung des Patienten, die sich in Reizbarkeit, Empfindsamkeit und „ans Wahnhafte grenzenden, wirklichkeitsfremden Einstellungen" (E. und M. BLEULER) äußern kann. E. BLEULER (1911) stellt fest, daß viele Schizophrene, die außerhalb der Anstalt leben, als gesund und dabei launisch, verschroben, eigensinnig, schrullenhaft und dumm angesehen werden.

Während die meisten von WILLIAMS et al. untersuchten Patienten von ihren Angehörigen akzeptiert wurden, zeigen andere Untersuchungen, daß die volle Zugehörigkeit des Kranken zur Familie keine Selbstverständlichkeit ist. Entsprechende Ergebnisse von WING et al. machen deutlich, daß nur in 65 Prozent der Fälle die Schizophrenen nach der Klinikentlassung ohne weiteres wieder von ihren Familien aufgenommen wurden. 69 Prozent der von RENTON et al. Befragten wurde keine oder kaum Verantwortung in der Hausgemeinschaft übertragen. Laut IRLE und PÖRKSEN waren 16 Prozent der einmalig Erkrankten und 45 Prozent der Rehospitalisierten abseits vom familiären Leben sowie 16 Prozent der Nichtwiedererkrankten und 52 Prozent der mehrfach Erkrankten unbeteiligt an der Verantwortung in der Familie.

Aus den abnehmenden Besucherfrequenzen mit zunehmender Dauer des Krankenhausaufenthaltes schließt J.-E. MEYER auf das Abbrechen zwischenmenschlicher Kontakte. Bereits praemorbid zeige der Schizophrene eine geringe Kontaktfähigkeit; die Ledigenrate sei doppelt so hoch wie bei der Durchschnittsbevölkerung. Eine Entfremdung von der vertrauten Umgebung trete zudem ein, wenn er, wie in vielen Fällen, einen sozialen Abstieg durchmache gemessen an seiner früheren Position oder an der sozialen Stellung seiner Eltern.

Je anonymer und je weniger gesellig ein Lebensbereich, umso mehr Schizophrene findet man unter seinen Bewohnern (WEINBERG); der Schizophrene suche eine derart unpersönliche Umgebung.

K. SCHNEIDER bestätigt diese Tatsache, indem er die Tendenz des Schizophrenen hervorhebt, alleine zu leben und die Wohnung häufig zu wechseln.

WEINBERG geht davon aus, daß die Schizophrenen Beziehungen zu anderen Menschen fürchten, insbesondere die enge Bindung an eine Person. Nur 56 Prozent seiner Probanden hatten einen Lebenspartner, 24 Prozent lebten ganz alleine; 40 Prozent hatten keine Freundschaften, sondern nur entfernte Bekanntschaften.

IRLE und PÖRKSEN fanden, daß 34 Prozent der einmalig Erkrankten und 90 Prozent der mehrmals Erkrankten keine oder nur wenige lockere Freundschaften pflegten. Entsprechend verbrachten 16 Prozent (Nichtwiederkrankte) bzw. 38 Prozent (Rehospitalisierte) ihre Freizeit immer alleine, und nur 53 Prozent (Nichtwiedererkrankte) bzw. 12 Prozent (Rehospitalisierte) konnten eine aktive Vereinsmitgliedschaft aufweisen. 3 Prozent der einmalig Erkrankten und 26 Prozent der Wiedererkrankten bezeichnen sich als Einzelgänger ohne Kontaktwunsch, wogegen 22 Prozent bzw. 43 Prozent zwar auch isoliert leben, aber Kontakte wünschen würden.

Im Untersuchungsgut von WILLIAMS et al. nahmen nur 30 Prozent der nicht wiederaufgenommenen und 3 Prozent der mehrmals hospitalisierten Patienten voll am sozialen Leben teil.

Zyklothymien

Nach W. SCHULTE rührt eine gewisse Distanz dem Depressiven gegenüber von Seiten seiner Umgebung daher, daß die Zyklothymie umweltunabhängig, nicht induziert und deshalb unverständlich ist. Oft werden Depressionen auch in ihrem Krankheitscharakter verkannt; man glaubt, den Kranken durch Zureden soweit bringen zu müssen, daß er sich „zusammennimmt". Auch gegenüber dem Patienten, der noch subdepressiv in seine Umgebung zurückkehrt, kommt es zu vergeblichen Appellen, doch mehr Aktivität zu zeigen (HOLE).

Bei der Langwierigkeit und Unverständlichkeit des depressiven Prozesses reagiert die Umwelt nicht selten verärgert und gereizt (W. SCHULTE, 1957), weil man sich fragt, ob der Betreffende nicht mit etwas mehr Energie aus diesem Zustand herausfinden könnte. So wird die Rückfindung ins normale Leben durch eine unbewußte Verstimmung der Umwelt erschwert. Die Depression wirkt lähmend auf die Umgebung, so daß man sich um seiner selbst willen zurückzieht.

Abweisend behandelt und von den familiären Entscheidungen ausgeschlossen werden vor allem Patienten mit häufigen Rezidiven (BAER). Diesen Patienten fehlen die Ermunterung und die Zuwendung, die sie benötigen, um die ohnehin durch die Psychose gestörte Gefühlsbindung (PETRILOWITSCH) an die Angehörigen wieder aufzubauen.

Ein Problem, das namentlich den manisch Kranken betrifft, schneiden PANSE sowie auch UMENHOF an. Laut PANSE gerät ein Teil der Maniker mit dem Gesetz in Konflikt, wenn auch vorwiegend wegen geringfügiger Delikte, wie Hausfriedensbruch oder Beamtenbeleidigung. Ein Drittel der von UMENHOF nachuntersuchten Kranken machte sich relativ unbedeutender Vergehen schuldig wie auffälliges Verhalten in der Öffentlichkeit, Ruhestörungen, kleine Diebstähle und Unterschlagungen und besonders häufig Verkehrsdelikte.

Vornehmlich bei frühmanifesten Zyklothymien, die nach HUHN und PAULY besonders schwere und häufige Phasen nach sich ziehen, fällt neben der fehlenden Berufsausbildung eine soziale Isolierung durch den Verlust von Freunden und Bekanntenkreis ins Gewicht.

Die zyklothymen Attacken überschatten einen Lebensabschnitt, in den auch die Familiengründung fallen würde. Gehäufte Krankheitsphasen lassen den Betreffenden erst gar keinen Partner finden, geben zu einer Entlobung Anlaß oder gefährden bereits bestehende

Ehen. Gemessen an dem nach der Statistik zu erwartenden Wert fand NISSEN ein „Heiratsdefizit" von rund 50 Prozent für Patienten, die im jugendlichen Alter erkrankten. Ein Drittel der von PAULY erfaßten Zyklothymen war weder eine Verlobung noch eine Ehe eingegangen.

2.5.1 Besondere Problematik des Berufslebens

Die berufliche Rehabilitation bedeutet nicht nur die Wiederherstellung der früheren Leistungsfähigkeit, sondern vor allem Wiedergewinn von Selbstvertrauen und Selbstgefühl, Überwindung von Zurücksetzungserlebnissen und Anschluß an die äußeren und inneren Lebensordnungen, selbst wenn die Arbeitsfähigkeit nicht oder nur in vermindertem Umfange wiederhergestellt werden kann (W. SCHULTE, 1963).

VIEFHUES führt aus, daß jährlich aus psychiatrischen Krankenhäusern mehr Patienten entlassen werden, als der Einwohnerzahl einer Großstadt entspricht. Nur einem Drittel gelinge ohne Schwierigkeiten die Wiedereingliederung in den alten Beruf.

Diesem Problem trägt das ARBEITSFÖRDERUNGSGESETZ Rechnung, indem es für „körperlich, geistig oder seelisch Behinderte" Maßnahmen zur Arbeits- und Berufsförderung vorsieht.

Mit den Schwierigkeiten, die den beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen für psychisch Kranke entgegenstehen, beschäftigt sich VIEFHUES. Anders als bei körperlich Kranken, die ihre Arbeit an jedem geeigneten Arbeitsplatz leisten können, ist es für den psychisch Kranken ausschlaggebend, an die alte Arbeitsstelle zurückkehren zu können. Insbesondere für den Schizophrenen ist es wichtig, nicht mit dem Schwierigen und Unbekannten eines neuen Arbeitsplatzes konfrontiert zu werden. Demgegenüber spielt die Furcht vor dem Gerede der Kollegen und die Angst, „schief angesehen" zu werden, nur eine untergeordnete Rolle.

Eine bedeutende Schwierigkeit sieht VIEFHUES darin, daß zum Zeitpunkt der beruflichen Wiedereingliederung bei den meisten Patienten eine vorübergehende Leistungsminderung besteht. Es ist meist nicht möglich, eine praktikable Lösung zu finden, die dem Kranken eine neue „Lehrzeit" oder Einarbeitungszeit ermög-

licht. Gedacht wird meist nur in den Kategorien „arbeitsunfähig", was oft eine Verurteilung zu Untätigkeit bedeutet, oder „arbeitsfähig", was nicht selten eine Überforderung mit sich bringt.

Nach WALTHER wirkt die Invalidisierung während des Krankenhausaufenthaltes und danach erschwerend, oft noch verstärkt durch ein familiäres Overprotecting. Die spätere Zahlung einer Invalidenrente wird als „Schutzschild gegen die als übermächtig angesehenen Umweltanforderungen" betrachtet. Dagegen hätte eine Tätigkeit, die den psychisch Kranken fordert, ohne ihn zu überfordern, den positiven Effekt, eine Identifikation mit der Arbeit zu bewirken und damit dem Kranken in der Rehabilitation einen Halt zu geben.

VIEFHUES weist darauf hin, daß, sofern eine Einstellung auf dem früheren Berufsniveau nicht möglich ist, von dem Genesenden nicht die Flexibilität und die Fähigkeit der Umstellung auf eine völlig anders geartete Arbeit verlangt werden können. Besondere Schwierigkeiten ergeben sich hier bei gehobenen, vor allem bei akademischen Berufen. Hier kommt es zu einem jähen sozialen Abstieg, wenn der Betreffende nicht in der Lage ist, seine verantwortungsvolle Position wieder voll auszufüllen. So kann ein Rechtsanwalt zum Versicherungsagent , ein Naturwissenschaftler zur Hilfskraft in einem Museum oder ein Ingenieur zum Baustellenschreiber werden.

Psychisch Kranken werden nicht selten Arbeitsplätze mit so schlechten Arbeitsbedingungen angeboten, daß sie für den Arbeitssuchenden völlig unzumutbar sind. Das basiert auf der landläufigen Gleichsetzung von psychisch Kranken mit Schwachsinnigen, die zu einer Arbeit auf unterster Ebene gerade geeignet erscheinen. Auch JAECKEL und WIESER (1970) stellen fest, daß für psychiatrische Ex-Patienten vorwiegend leichtere Arbeiten für angemessen gehalten werden, wie landwirtschaftliche und sonstige einfache mechanische Tätigkeiten, die keinerlei Anforderungen

an Präzision, Verantwortungsbewußtsein und geistige Leistungen stellen.

VIEFHUES beobachtete bei psychisch Kranken einen relativ häufigen Wechsel der Arbeitsstelle. Einerseits gebe es Defektschizophrene, die ohne erkennbare äußere Motive aus einer inneren Spannung heraus von Arbeitsplatz zu Arbeitsplatz wechseln. Zum anderen betreffe die saisonale Arbeitslosigkeit vor allem die psychisch Kranken; ihre Arbeitsplätze seien am ehesten gefährdet.

Untersuchungsergebnisse von BIELIAUSKAS und WOLFE zeigen, daß 74 Prozent der Arbeitgeber durchaus an der Einstellung von psychisch Kranken interessiert waren, wogegen nur acht Prozent strikt ablehnten. In Übereinstimmung dazu stellten COLE et al. (1964) fest, daß es für die Einstellung unerheblich sei, ob der psychisch Kranke bei der Arbeitssuche dem Arbeitgeber über die durchgemachte Erkrankung berichtet oder nicht. Allerdings vermeiden laut VIEFHUES viele Betriebe mit betriebseigener Krankenkasse die Einstellung von psychiatrischen Patienten, da sie hohe Krankheitskosten und stationäre Behandlungen befürchten.

Wie VIEFHUES ausführt, ist das Verhältnis des psychisch Kranken zu seinen Kollegen besonderen Schwierigkeiten ausgesetzt, da soziale Spannungen und Streitereien mit Arbeitskollegen nur allzu leicht als Krankheitssymptome ausgelegt werden, - eine Feststellung, die auch WETZEL trifft. Außerdem bedürfen psychisch Kranke einer gewissen Schonung und Protektion durch den Arbeitgeber, die, wenn sie augenscheinlich werden, zu Neid und Mißgunst unter den Kollegen Anlaß geben.

Nachdem wir oben die beruflichen Probleme aufgezeigt haben, die sowohl Schizophrene als auch Zyklothyme betreffen, wollen wir nun auf die besonderen Aspekte getrennt eingehen.

Schizophrenien

W. SCHULTE (1963) weist darauf hin, daß durch die modernen Behandlungsmethoden häufiger als früher ein Patiententypus geschaffen wird, der nicht so krank ist, daß eine stationäre Behandlung erforderlich wäre, aber auch nicht so gesund und anpassungsfähig, daß er ohne weiteres seinen Platz in der Gemeinschaft behaupten könnte. Aus psychiatrischer Behandlung entlassen werden leidlich restituierte und teilsozialisierte Schizophrene.

Nach VIEFHUES kennzeichnen gedankliche Starre, Zerfahrenheit und Antriebsstörungen die Arbeitsweise des Schizophrenen, dem aus diesem Grunde am ehesten eine Arbeit unter Aufsicht angemessen sei. Bei schweren Defekten sei eine maschinenmäßig ausführbare, monotone und rhythmisierbare Arbeit geeignet. KRAEPELIN und auch MAYER-GROSS weisen auf ebendiese Tatsache hin, daß bei gewohnheitsmäßig verrichteten Tätigkeiten die sonst deutlich zutage tretende Leistungsminderung nur wenig ins Gewicht fällt.

Schizophrene sind gute Alleinarbeiter; eine Eingliederung in Teams oder Arbeitsgemeinschaften ist nur schwer möglich. Außerdem verhindert eine gewisse Isolierung am Arbeitsplatz Konflikte, die durch wahnhafte Vorstellungen, krankhaftes Mißtrauen oder Sinnestäuschungen hervorgerufen werden könnten (VIEFHUES).

Die gegenüber dem praemorbiden Niveau oft stark abgesunkene Gesamtleistungsfähigkeit wird von vielen Autoren als zentrales Problem angesehen. Das Leistungsvermögen ist nicht nur reduziert (KRAEPELIN), sondern auch starken Schwankungen unterworfen (WETZEL). BLANKENBURG sieht die Leistungsstruktur des Schizophrenen nicht direkt, sondern sekundär beeinträchtigt durch Unstetigkeit im Leistungsvermögen sowohl im Zeitablauf als auch in Bezug auf die unterschiedlichen Leistungsanforderungen, eine allgemeine Verlangsamung, Beeinträchtigung durch körperliche

Symptome, Coenäs'thesie und Schwächezustände. MAYER-GROSS faßt die starke Ermüdbarkeit, Organbeschwerden, Schwächezustände und Kraftlosigkeit unter dem Begriff der „schizophrenen Asthenie" zusammen.

Das reduzierte Leistungsvermögen beeinträchtigt in erheblichem Maße die Erwerbsfähigkeit. In einer tabellarischen Übersicht sind hier aus den entsprechenden Untersuchungen die Anteile der entlassenen Schizophrenen zusammengestellt, die voll erwerbstätig bzw. gänzlich arbeitsunfähig sind.

a. voll erwerbstätige Patienten

39 % (BASHINA, 1965; bei Früherkrankten)
60 % (E. BLEULER, 1911)
50 % (M. BLEULER, 1971, 1972)
51 % (GROSS et al., 1971)
60 % (HAFNER, 1968)
38 % (HALL et al., 1966)
31 % (MAYER-GROSS, 1928)
30 % (RENTON et al., 1963)
40 % (WILLIAMS et al., 1965)

b. erwerbsunfähige Patienten

35 % (BASHINA, 1965; bei Früherkrankten)
12 % (GROSS et al., 1972)
32 % (HALL et al., 1966)
34 % (RENTON et al., 1963)
12 % (SCHOOLER et al., 1967)
14 % (WILLIAMS et al., 1965;
bei nicht Rehospitalisierten)
42 % (WILLIAMS et al., 1965;
bei Rehospitalisierten)

Die starken Abweichungen in den Zahlenwerten erklären sich aus dem unterschiedlichen Krankengut (Erstaufnahmen oder Patienten mit wiederholten Schüben) sowie aus den verschiedenen Beobachtungszeiträumen bei den einzelnen Untersuchungen.

E. BLEULER (1911) betont den häufigen beruflichen Abstieg, dem Schizophrene ausgesetzt sind, auch wenn er Gegenbeispiele wie erfolgreiche Geschäftsleute oder anerkannte Wissenschaftler

anführt. Ebenso macht KRAEPELIN aufmerksam auf den hohen Prozentsatz der Patienten, die eine Arbeit weit unter ihrem früheren Niveau annehmen oder im Extremfall zu keinerlei Arbeit mehr zu bewegen sind.

Aus der vorliegenden Literatur ist hier der Anteil der Patienten zusammengestellt, die ihr berufliches Niveau halten konnten:

c. Anteil der Schizophrenen, die keinen beruflichen Abstieg durchmachten

42 % (COLE und SHUPE, 1970)
34 % (GROSS et al., 1971)
43 % (IRLE und PÖRKSEN, 1971; bei mehrfach Erkrankten)
75 % (IRLE und PÖRKSEN, 1971; bei einmal Erkrankten)
68 % (SCHOOLER et al., 1967)

BOSCH stellt in seinen Untersuchungen fest, daß bei einem gewissen Teil der Schizophrenen sich bereits in der Vorgeschichte ein beruflicher Abstieg zeigt. In 60 Prozent der Fälle monierte der Arbeitgeber in der Phase des beruflichen Versagens mangelnde oder ungenügende Arbeitsleistung. Rund die Hälfte der jüngeren Patienten konnte nur auf einem niedrigeren als dem ursprünglichen beruflichen Niveau wieder eingestellt werden. Der damit verbundene Prestigeverlust und die als entwürdigend angesehene Tätigkeit waren für die meisten Patienten und auch für die Angehörigen nur schwer zu akzeptieren.

Zyklothymien

Die praemorbide Charakterstruktur des Depressiven zeigt eine besonders hohe Einschätzung der Leistung (BLANKENBURG). PANSE weist ebenso wie UMENHOF darauf hin, daß Depressive vorwiegend der bürgerlichen Mittelschicht oder auch gehobenen Gesellschaftsschichten angehören. In diesen Kreisen wird auf eine fundierte Ausbildung der Kinder Wert gelegt, so daß man selbst bei den Frauen wenig ungelernte Arbeitskräfte findet. Insgesamt

gesehen zeigt sich bei den Manisch-Depressiven also ein besonderes Vorwärtsstreben (UMENHOF).

Umso bedrückender werden das Leistungsversagen und die Antriebshemmung in der Depression empfunden (PETRILOWITSCH). In allen Bereichen, in denen der Mensch eines gewissen energetischen Niveaus bedarf, kommt es zu einem Leistungsabfall während und auch eine Zeitlang nach der depressiven Phase. Auch wenn entsprechend dem klassischen Verlauf die frühere Leistungsfähigkeit wieder voll erreicht wird, und auch wenn es vielen Depressiven gelingt, im beruflichen Alltag die Fassade eines gesunden Menschen aufrecht zu erhalten, wäre die Schaffung eines beruflichen „Schonraumes" bedeutsam für den aus der klinischen Behandlung Entlassenen (HOLE).

Bei einmalig Erkrankten fand UMENHOF keine berufliche Beeinträchtigung; anders liegen die Verhältnisse jedoch bei periodisch Depressiven. Hier erwies sich die Hälfte der untersuchten Patienten als beruflich schwer geschädigt, ein Drittel war mehr oder weniger berufsunfähig.

Jugendliche Zyklothyme versuchen immer wieder, etwa eine unterbrochene Berufsausbildung fortzusetzen, bis sie schließlich wegen der vielen Fehlzeiten doch die Schule oder Universität verlassen müssen oder aus einer Ausbildung wegen „Untauglichkeit" entlassen werden (ALBRECHT, UMENHOF). Ferner bleibt die Frage offen, in wievielen Fällen, wo Heranwachsende ihre ursprünglichen Berufspläne aufgeben, um sich einem „praktischen""Beruf zuzuwenden, eine nicht erkannte Zyklothymie vorliegt (PAULY). Auch wenn nach einiger Zeit eine gesundheitliche Konsolidierung eintritt, so bleibt dennoch die fehlende oder mangelhafte Berufsausbildung ein schwerwiegendes Problem.

Eine bessere Ausgangsposition haben Frauen, sofern sie sich ganz auf die Rolle der Hausfrau zurückziehen können (BURKE et al.). Auf diese Weise brauchen sie weder auf eine Berufsausbil-

dung zurückzugreifen noch unterliegen sie dem beruflichen Leistungszwang, dem sie in einem Arbeitsverhältnis ausgesetzt wären.

Eine von MICHAELIS und HORSTMANN durchgeführte Untersuchung macht deutlich, wie stark der berufliche Bereich von der Depression betroffen ist. Während ihrer Erkrankung kündigten 18 Prozent der Befragten ihre Stelle, 12 Prozent wurden unter ihrem früheren Einkommensniveau wieder eingestellt, 1o Prozent auf ihren Rentenantrag hin in den Ruhestand versetzt. PANSE fand einen auffallend großen Anteil von Depressiven im höheren Lebensalter, die trotz meist guter Intelligenz in ihrer sozialen Stellung stark abgesunken waren und mitunter als Gelegenheitsarbeiter ihr Leben fristeten.

3. Eigene Untersuchungen

3.1 Material und Methodik

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine retrospektive Untersuchung von Krankengeschichten der Universitäts-Nervenklinik Bonn aus den Jahren 1960 - 1970.

Anhand der Aufnahmebücher wurden diejenigen Kranken erfaßt, bei denen die Diagnose Schizophrenie oder Zyklothymie gestellt worden war, und die zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme zwischen 40 und 60 Jahren alt waren. Hieraus ausgewählt und für diese Untersuchung herangezogen wurden nur solche Krankenblätter, die anamnestisch eine Ersterkrankung vor dem 30. Lebensjahr auswiesen.

Nach dieser Methode fanden sich 70 Zyklothyme und 35 Schizophrene, darunter insgesamt elf Gutachtenfälle.

Zur Auswahl des Untersuchungsgutes ist noch zu bemerken, daß wir uns von der Hauptdiagnose leiten ließen, die Nebendiagnose, in einem Fall „allgemeine Psychasthenie", in einem anderen Falle „fragliche Rentenneurose", außer Betracht ließen. Einen Patienten, bei dem eine Mischpsychose mit deutlichem Überwiegen der schizophrenen Symptomatik vorlag, ordneten wir den Schizophrenien zu. In Übereinstimmung mit der Diagnosestellung in ihrem Krankenblatt ist eine andere Kranke als Schizophrene eingestuft, bei der zwar als Ersterkrankung eine isolierte Depression auftrat, es aber in der Folgezeit -auch schon in jungen Jahren- nur noch zu schizophrenen Schüben kam.

Eine mögliche Fehlerquelle bei der Auswahl des Krankengutes stellt eine gewisse Unsicherheit der Diagnose bei der Ersterkrankung dar. Nur in wenigen Fällen liegen klinische Unterlagen über die Ersterkrankung vor. Entweder, wie nicht selten bei

jungen Depressiven, blieb der Zustand ohne ärztliche Behandlung. Oder aber die Unterlagen von früheren stationären Behandlungen fehlen, was durch die jahrzehntelange Zeitspanne zwischen der Ersterkrankung und der Aufnahme in die Bonner Klinik zu erklären ist. In einem Großteil der Fälle blieb man aus diesen Gründen auf die Angaben der Patienten zur speziellen Anamnese angewiesen.

Ferner sind den statistischen Untersuchungen der vorliegenden Arbeit Grenzen gesetzt durch den, insbesondere was die soziale Anamnese betrifft, recht unterschiedlichen Informationsgehalt der einzelnen Krankenblätter. In vier Fällen, in denen keine soziale Anamnese erhoben worden war, mußten wir uns auf die Auswertung der Angaben zur Person beschränken.

Es wurden statistische Daten gesammelt zu den Items: Alter bei der Ersterkrankung und bei Wiedererkrankungen, Familienstand, Schulabschluß, Berufsausbildung, Beruf, Erwerbstätigkeit, Berufstätigkeit bei Frauen, beruflicher Abstieg in der Vorgeschichte, sozialer Abstieg gegenüber dem Elternhaus, zwischenmenschliches Kontaktverhalten. Ein Teil der gewonnenen Daten wurde verglichen mit einer Kontrollgruppe, wozu das Statistische Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland herangezogen wurde. Für das Item „Schulabschluß" enthielt das Statistische Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland nicht die erforderlichen Angaben, weswegen wir in diesem Falle auf das Statistische Jahrbuch der Stadt Bonn zurückgegriffen haben.

Auf eine Überprüfung der statistischen Signifikanz wurde verzichtet mit Rücksicht auf die verhältnismäßig geringe Zahl der vorliegenden Fälle.

Bei der Zusammenstellung der Kasuistik waren wir bemüht, charakteristische und repräsentative Fallbeispiele auszuwählen. Hierbei wurden nur die Fakten aus der Krankenakte dargestellt, die für die soziale Problematik von Bedeutung sind, Angaben

etwa über die Symptomatik der akuten Psychose oder über die Therapie also weitgehend beiseite gelassen.

Bedingt durch die begrenzte Anzahl der untersuchten Fälle und durch den unterschiedlichen Informationsgehalt der Krankengeschichten wird außer auf quantitative Aussagen auch Gewicht gelegt auf Ausführungen anhand von Fallbeispielen.

3.2 Ergebnisse

3.2.1 Aufnahmezahlen, Alters- und Geschlechtsverteilung

Während des Untersuchungszeitraumes (1960-1970) wurden in der Bonner Universitäts-Nervenklinik stationär aufgenommen 35 Patienten mit der Diagnose „Schizophrenie" und 70 Patienten mit der Diagnose „Zyklothymie", die zwischen 40 und 60 Jahren alt waren und deren Ersterkrankung in die Zeit vor dem 30. Lebensjahr fiel.

Unter den 35 Schizophrenen waren 10 Männer und 25 Frauen, was einem Verhältnis von 1 : 2,5 entspricht. Eine ähnliche Geschlechtsverteilung, nämlich 1 : 2,33, ergab sich bei der Gruppe der 70 Zyklothymen, die sich aus 49 Frauen und 21 Männern zusammensetzt.

Die Abbildung 1 gibt eine Übersicht über das Alter der Patienten bei der Ersterkrankung sowie über den Anteil der männlichen und der weiblichen Patienten.

Für die Schizophrenen errechnet sich ein durchschnittliches Ersterkrankungsalter von 22,7 Jahren; für die Zyklothymen liegt der entsprechende Wert bei 23,3 Jahren. Das errechnete durchschnittliche Ersterkrankungsalter berücksichtigt nicht Ersterkrankungen jenseits des 30. Lebensjahres und müßte bei Einbeziehung aller Altersgruppen höher liegen. Aus diesem Grunde sind die angegebenen Werte nur für das von uns untersuchte Krankengut gültig und lassen einen Vergleich mit entsprechenden Angaben in der Literatur nicht zu.

Bei den Depressiven deutet das etwas höhere durchschnittliche Ersterkrankungsalter sowie die zweigipflige Altersverteilung in der Abb. 1 mit Anstieg der Erkrankungshäufigkeit am Ende des dritten Lebensjahrzehnts auf einen späteren Erkrankungsbeginn

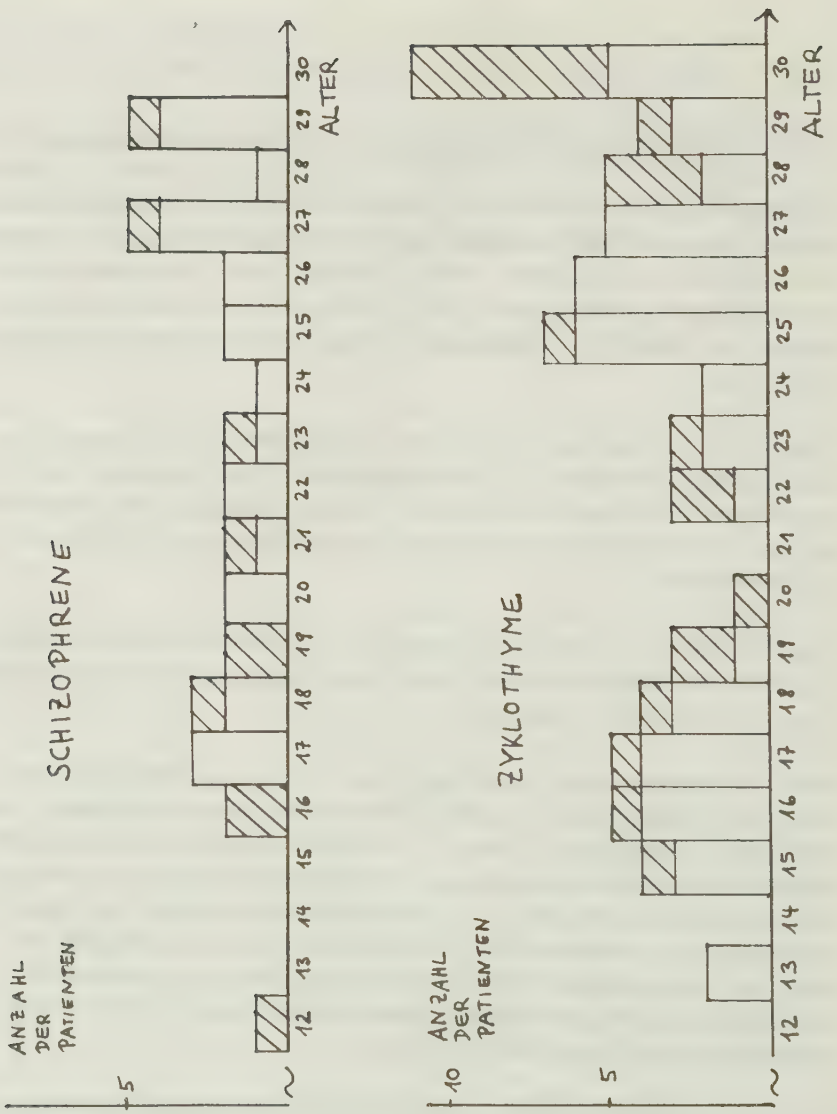


Abbildung 1: Alter der Patienten bei der Ersterkrankung sowie Anteil der männlichen und weiblichen Patienten.
▨ = Anteil der männlichen Patienten

im Vergleich zu den Schizophrenien hin.

Ferner ist in Bezug auf die Zyklothymien die Besonderheit zu erwähnen, daß die zweite Phase nicht selten erst im Abstand von einigen Jahrzehnten auf die Ersterkrankung folgte, also im Klimakterium oder in der Involution. Bei acht der von uns untersuchten Depressiven betrug das Intervall bis zur zweiten Phase mehr als 10 Jahre, bei sechs Patienten mehr als 20 Jahre, in vier Fällen mehr als 25 Jahre, bei fünf Kranken sogar mehr als 30 Jahre.

3.2.2 Familienstand

Um der Frage nachzugehen, inwieweit endogene Psychosen im jugendlichen Alter die Familiengründung beeinträchtigen oder später den Bestand einer Ehe gefährden, sind in den Tabellen 1 bis 4 die Angaben über den Familienstand der von uns untersuchten Patienten aufgeführt. Als Vergleichsangaben hinzugezogen wurden die entsprechenden Werte aus dem Statistischen Jahrbuch 1971 für die Bundesrepublik Deutschland, wobei die Daten einer mittleren Altersgruppe zugrunde gelegt wurden.

Tab. 1-4: Angaben über den Familienstand der Patienten, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Diagnose, sowie Vergleichsangaben für die Bevölkerung der Bundesrepublik

Tab. 1: Familienstand der männlichen Zyklothymen

Familienstand	N	%	% der Vergleichsgruppe
ledig	4+)	19,9+)	4,2
verheiratet	16	76,2	92,9
verwitwet	-	-	1,0
geschieden	1	4,8	1,9
Summe	21	100,0	100,0

+) darunter ein katholischer Geistlicher

Tab. 2: Familienstand der weiblichen Zyklothymen

Familienstand	N	%	% der Vergleichsgruppe
ledig	6	12,2	10,0
verheiratet	36	73,5	75,9
verwitwet	4	8,2	10,0
geschieden	3	6,1	4,1
Summe	49	100,0	100,0

Von den 52 verheirateten Zyklothymen bezeichnen 18 ihre Ehe

ausdrücklich als harmonisch, obgleich eine Reihe der betreffenden Patienten häufige Krankheitsphasen durchmachten. Eine Ehe wurde wegen der manisch-depressiven Erkrankung geschieden; eine andere ist aus Gründen, die nicht auf die Krankheit des Ehepartners zurückzuführen sind, von Scheidung bedroht.

Tab. 3: Familienstand der männlichen Schizophrenen

Familienstand	N	%	% der Vergleichsgruppe
ledig	4	40,0	4,2
verheiratet	5	50,0	92,9
verwitwet	-	-	1,0
geschieden	1	10,0	1,9
Summe	10	100,0	100,0

Tab. 4: Familienstand der weiblichen Schizophrenen

Familienstand	N	%	% der Vergleichsgruppe
ledig	9	36,0	10,0
verheiratet	15	60,0	75,9
verwitwet	1	4,0	10,0
geschieden	-	-	4,1
Summe	25	100,0	100,0

Bei den Schizophrenen wurde in vier Fällen die Ehe ausdrücklich als gut bezeichnet. Von den verheirateten Patienten lebt einer getrennt vom Ehepartner; bei einem anderen läuft ein Ehescheidungsverfahren wegen Geisteskrankheit. Bei zwei weiteren Ehen betreibt der erkrankte Partner die Scheidung, offensichtlich infolge eines durch die Psychose gestörten Verhältnisses zum Ehegatten. Eine Ehe wurde bereits wegen Geisteskrankheit geschieden.

Aus den Tabellen 1 bis 4 wird deutlich, daß -außer bei den weiblichen Depressiven- die Ledigenrate gegenüber der Vergleichsgruppe erhöht ist, insbesondere bei den Schizophrenen.

Es wurden merklich weniger Ehen eingegangen, als es dem Bevölkerungsdurchschnitt entspricht. Zudem zeichnet sich bei den Schizophrenen eine relativ hohe Quote von nicht intakten und von Scheidung bedrohten Ehen ab (vier von zwanzig Ehen). Dagegen liegt die Zahl der geschiedenen Ehen in keiner der Patientengruppen über der Norm.

3.2.3 Schul- und Berufsausbildung

Unter der Fragestellung, inwieweit ihre Schul- und Berufsausbildung durch die Schizophrenie oder Zyklothymie beeinträchtigt wird, wurde der schulische und berufliche Werdegang der Patienten untersucht.

Die Tabellen 5 bis 8 geben Aufschluß über die Bildungsabschlüsse der von uns untersuchten Kranken. Zum Vergleich hinzugezogen wurden die entsprechenden Daten aus dem Statistischen Jahrbuch der Stadt Bonn 1970.

Tab. 5-8: Schulbildung der Patienten, aufgeschlüsselt nach Diagnose und Geschlecht, sowie Vergleichszahlen zur Schulbildung der Bevölkerung im Raum Bonn

Tab. 5 : Bildungsabschluß der männlichen Zyklothymen

	N	%	% der Vergleichsgruppe
Volksschule	7	33,3	52,1
Mittl. Reife	1	4,8)	22,0
Abitur	-	-)	
Studium	13	61,9	12,9
Summe	21	100,0	87,0+)

Tab. 6: Bildungsabschluß der weiblichen Zyklothymen

	N	%	% der Vergleichsgruppe
Volksschule	36	76,6	60,8
Mittl. Reife	8	17,0)	24,1
Abitur	2	4,3)	
Studium	1	2,1	5,0
Summe	47	100,0	89,9+)
keine Angabe	2		

+) Die restlichen Prozentzahlen entfallen auf andere Bildungsgänge

Tab. 7: Bildungsabschluß der männlichen Schizophrenen

	N	%	% der Vergleichsgruppe
Volksschule	5	50,0	52,1
Mittl. Reife	1	10,0)	22,0
Abitur	3	30,0)	
Studium	1	10,0	12,9
Summe	10	100,0	87,0+)

Tab. 8: Bildungsabschluß der weiblichen Schizophrenen

	N	%	% der Vergleichsgruppe
Volksschule	16	69,6	60,8
Mittl. Reife	4	17,4)	24,1
Abitur	3	13,0)	
Studium	-	-	5,0
Summe	23	100,0	89,9+)
keine Angabe	2		

+) Die restlichen Prozentzahlen entfallen auf andere Bildungsgänge

Es ist eine Selektion des Krankengutes zu berücksichtigen, insofern als es sich (bedingt durch die besonderen sozialen Strukturen der Bundeshauptstadt und der Universitätsstadt Bonn) mehr als der Bundesdurchschnitt durch Zugehörigkeit zur Mittel- und Oberschicht auszeichnet.

Bei den männlichen Depressiven fällt der im Vergleich zur Kontrollgruppe überaus hohe Anteil von Akademikern auf; entsprechend weniger sind die anderen Bildungsabschlüsse vertreten.

In den Tabellen 7 und 8 findet sich eine erhöhte Quote von Patienten mit Abitur, die kein Studium absolviert haben. Da sich dem Abitur im allgemeinen der Übergang zur Hochschule anschließt, stellt die Tatsache, daß diese Patienten keinen Studienabschluß aufweisen, eine Auffälligkeit dar. Inwieweit es sich hier um

eine krankheitsbedingte Beeinträchtigung handelt, wird weiter unten untersucht.

In der Tabelle 9 ist der Anteil der Patienten aufgeführt, bei dem eine abgeschlossene Berufsausbildung vorliegt. Auch hier läßt der große Anteil von männlichen Zyklothymen mit abgeschlossener Berufsausbildung auf ein relativ hohes Ausbildungsniveau dieser Patientengruppe schließen, wogegen sich die Situation bei den männlichen Schizophrenen ungünstiger darstellt. In beiden Patientengruppen haben Frauen zu einem deutlich geringeren Prozentsatz als Männer eine Berufsausbildung absolviert, was dem generellen Ausbildungsdefizit von Frauen entspricht (s.u.).

Tabelle 9: Anteil der Patienten mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung

	N	%
Zyklothyme		
- insgesamt	34	50,0
- Männer	17	81,0
- Frauen	17	36,2
Schizophrene		
- insgesamt	13	39,4
- Männer	6	60,0
- Frauen	7	30,4

Die Analyse der Krankengeschichten ließ bei fünf schizophrenen und bei zwei depressiven Patienten eine krankheitsbedingte Beeinträchtigung des Ausbildungsganges deutlich werden.

Schizophrene:

- Eine Patientin verließ das Gymnasium vor dem Abitur wegen eines schizophrenen Schubes; es folgte keine weitere Ausbildung.
- Eine Abiturientin, die ursprünglich Landwirtschaft studieren wollte, blieb nach ihrer Ersterkrankung als Haushälterin in landwirtschaftlichen Betrieben tätig.
- Drei Patienten brachen ihr Hochschulstudium wegen der schizophrenen Erkrankung ab.

So erklärt sich die relativ hohe Quote von Abiturienten unter den Schizophrenen bei einem gleichzeitig geringen Anteil von Akademikern (Tabellen 7 und 8) in vier Fällen durch einen krankheitsbedingten Einbruch.

Zyklothyme:

- Eine Patientin brach nach der ersten depressiven Phase ihre Ausbildung als Kindergartenhelferin ab, nahm keine weitere Berufsausbildung in Angriff und blieb im Haushalt der Eltern.
- Ein Patient mußte wegen seiner depressiven Erkrankung ein Jahr lang sein Studium unterbrechen.

Demnach liegt bei den Schizophrenen in fünf von 35 Fällen (≙ 14,3 %) sowie bei den Depressiven in zwei von 70 Fällen (≙ 2,8 %) eine Störung der Schul- oder Berufsausbildung durch die Psychose vor.

3.2.4 Erwerbstätigkeit und Beruf

Eine Aufstellung über die Berufe der von uns untersuchten Patienten ist in den Tabellen 10 und 11 enthalten. Berücksichtigt wurde nicht nur die derzeitige Tätigkeit, sondern auch etwaige früher ausgeübte Berufe, so daß ein beruflicher Aufstieg oder ein berufliches Abgleiten erfaßt werden.

Tab. 10: Aufstellung über die Berufe der Schizophrenen

1 Hausgehilfin
3 Stenotypistinnen
1 Verkäuferin
1 Hilfsschreibkraft, früher Kindergärtnerin
1 ungelernte Arbeiterin
1 Chemiearbeiter, früher Apothekenassistent
1 ungelernte Serviererin
1 Ingenieur
1 Patient ohne Beruf, früher Zollinspektor
2 Frührentner, früher Kraftfahrer bzw. Landwirt
3 Frührentner, früher ohne festes Arbeitsverhältnis
1 Pensionär (vorzeitig), früher Berufsoffizier
1 Rentenanwärter, früher Schlosser
1 Rentenanwärter, früher ohne festes Arbeitsverhältnis
16 Hausfrauen mit folgenden Berufen vor der Eheschliessung:
- 2 Verkäuferinnen
- 2 Stenotypistinnen
- 1 Buchhändlerin
- 10 Patientinnen ohne Beruf bzw. mit unqualifizierten Tätigkeiten in Haushalten oder in der Landwirtschaft
- 1 ohne Angabe

Tab. 11: Aufstellung über die Berufe der Zyklothymen

1 Stenotypistin
3 Verwaltungsangestellte
1 Säuglingsschwester
1 Kindergärtnerin
1 selbständiger Kaufmann
1 ungelernter Fabrikarbeiter
1 Bergmann, jetzt Knappschaftsinvalide
1 selbständiger Installateurmeister
1 Abteilungsleiter bei einer Genossenschaft
1 Abteilungsleiter bei einem Wirtschaftsverlag
1 Diplom-Mathematiker
1 Apotheker, jetzt als Chemiearbeiter tätig

2 Diplom-Ingenieure
2 Regierungsräte
1 Ministerialrat
1 Wirtschaftsjurist
1 Diplom-Chemiker
1 Diplom-Chemiker und Apotheker
1 Diplom-Gärtner
1 Lehrer
1 Pfarrer im einstweiligen Ruhestand
1 Rentnerin (Invalidenrente)
4 Rentnerinnen (Witwenrente)
1 Patient ohne Beruf, früher wechselnde Arbeitsverhältnisse
1 Patient ohne Beruf, früher in der Landwirtschaft tätig
1 Patientin ohne Beruf, in der elterlichen Landwirtschaft tätig
1 Patientin ohne Beruf, Mithilfe im Haushalt ihrer Schwester
36 Hausfrauen, davon drei voll berufstätig:

1 selbständige Geschäftsfrau
1 ungelernte Arbeiterin
1 Arbeiterin, früher technische Angestellte

frühere Berufe der nicht erwerbstätigen Hausfrauen:

1 Bankangestellte
2 Stenotypistinnen
1 Sekretärin
1 Korrespondentin
1 Verkäuferin
1 Köchin
2 Abteilungsleiterinnen im Einzelhandel
1 Lehrerin
1 Fürsorgerin
20 Patientinnen ohne Beruf bzw. mit unqualifizierten Tätigkeiten in Haushalten oder in der Landwirtschaft
2 keine Angaben

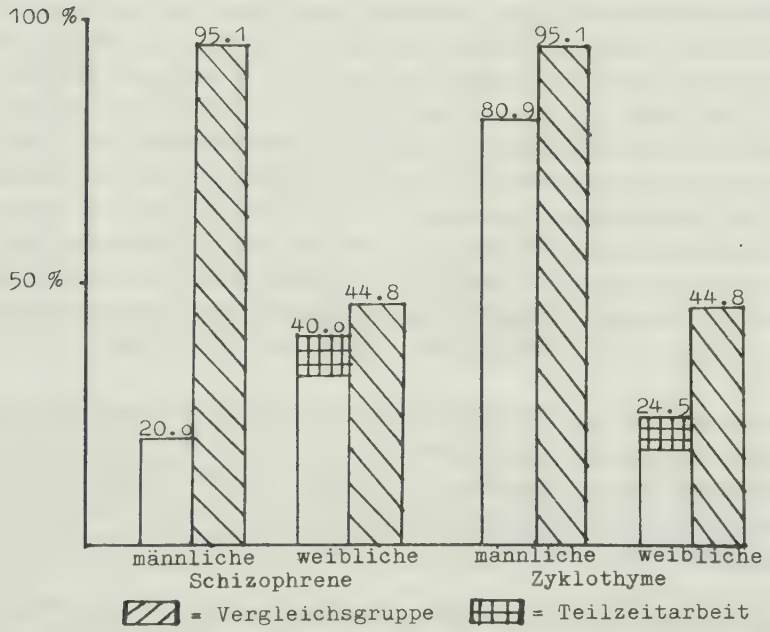
Das Spektrum der Berufe zeigt in dreierlei Hinsicht Auffälligkeiten:

- Der relativ hohe Anteil von nicht erwerbstätigen Personen in beiden Patientengruppen, obgleich keiner der Patienten das Rentenalter erreicht hat.
- Die geringe Rate von berufstätigen verheirateten Frauen, obwohl, wie die entsprechenden Aufstellungen zeigen, ein nicht unbeträchtlicher Teil der Hausfrauen einen Beruf erlernt hat.

- Der deutliche berufliche Abstieg, den ein Teil der Patienten hinnehmen mußte.

Diese drei Gesichtspunkte wollen wir im folgenden einer genaueren Analyse unterziehen.

Abbildung 2: Anteil der erwerbstätigen Patienten sowie Vergleichszahlen für die Bevölkerung der Bundesrepublik (Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1971, Angaben für Personen der Altersgruppe 50-55 Jahre)



Aus der Abbildung 2 wird deutlich, daß der Anteil der erwerbstätigen Personen in unserem Krankengut erheblich vermindert ist gegenüber der Kontrollgruppe.

Von den zehn schizophrenen Männern sind nur zwei noch berufstätig, davon ist einer in seiner beruflichen Position stark

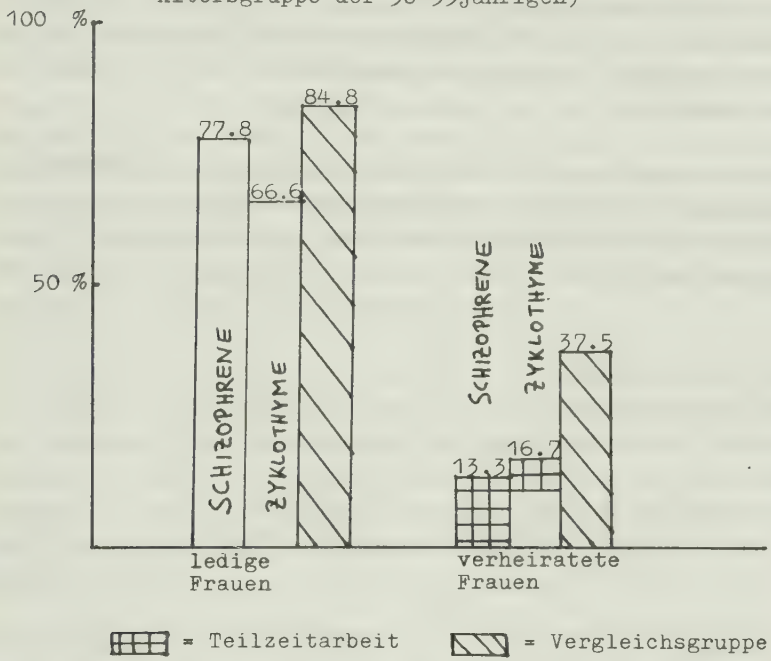
abgesunken. Fünf männliche und eine weibliche Schizophrene beziehen aufgrund ihrer Krankheit eine Rente, bei zwei weiteren lauft ein Verfahren der Rentenbegutachtung. Ein anderer Patient ist zwar nicht invalidisiert, aber seit Jahren ohne Arbeitsverhältnis. Bezogen auf die Gesamtzahl von 35 Schizophrenen bedeuten diese neun nicht erwerbstätigen Patienten einen Anteil von 25,7 Prozent, der durch die Psychose arbeitsunfähig wurde.

In der Gruppe der Zyklothymen sind zwei Frauen und zwei Männer ohne Berufstätigkeit; ein anderer Patient wurde wegen häufiger depressiver Phasen in den einstweiligen Ruhestand versetzt. Zwei dieser Patienten wurden in einem Gutachten zur Frage der Berufs- und Erwerbsfähigkeit als zur Zeit arbeitsunfähig beurteilt, es wurde aber von einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nach Abschluß der Behandlung ausgegangen. Die fünf - zumindest vorübergehend - nicht berufstätigen Patienten machen 7,1 Prozent der Gesamtzahl von 70 Zyklothymen aus, wobei jedoch hervorgehoben werden muß, daß es hier im Gegensatz zu den Schizophrenen in keinem Fall zu einer Dauerinvalidisierung kam.- Eine Rente zuerkannt wurde lediglich zwei anderen Depressiven wegen somatischer Leiden (Hypertonie, Silikose).

Was den zweiten oben genannten Gesichtspunkt, nämlich den hohen Anteil nicht berufstätiger Hausfrauen, betrifft, so soll dieser Sachverhalt in der Abbildung 3 differenzierter dargestellt werden. Hier ist im Unterschied zur Abbildung 2 eine Aufteilung vorgenommen nach dem Familienstand der berufstätigen Frauen.

Die Abbildung 3 macht deutlich, daß der Anteil der erwerbstätigen ledigen Frauen bei den untersuchten Patienten nicht erheblich unter der Quote der Normalbevölkerung liegt. Angesichts der erhöhten Ledigenrate bei den schizophrenen Patientinnen (vgl. Tab. 4) erklärt sich so auch die Tatsache, daß (laut Abb. 2) 40 Prozent, also ein relativ großer Anteil, der schizophrenen Frauen berufstätig sind.

Abbildung 3: Anteil der erwerbstätigen Frauen, aufgeschlüsselt nach Familienstand, sowie Vergleichszahlen für die Bevölkerung der Bundesrepublik (Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1971, Altersgruppe der 50-55jährigen)



Eindeutig erhöht ist hingegen der Prozentsatz der verheirateten Frauen, die keinen Beruf ausüben. Wenn man die Teilzeitarbeit (Mithilfe im Betrieb des Ehemannes, Heimarbeit) unberücksichtigt läßt, so kommt man zu dem Resultat, daß keine der verheirateten, an Schizophrenie erkrankten Frauen und nur 8,35 Prozent der verheirateten Depressiven in einem Arbeitsverhältnis stehen.

Ferner darf nicht unerwähnt bleiben, daß sich bei einem Großteil der Hausfrauen anamnestisch der Hinweis findet, daß die Patientin zumindest zeitweise ihre Hausarbeit nicht bewältigt. Bei den Schizophrenen geben drei Patientinnen (≙ 20 %) an, daß

sie im akuten Schub ihrem Haushalt nicht gewachsen sind. In 18 Fällen, was einem Anteil von 50 Prozent entspricht, bezeichnen sich die depressiven Patientinnen als unfähig, während der Depression ihre hausfraulichen Pflichten zu erfüllen. Es bleibt dahingestellt, in wievielen weiteren Fällen ein solcher Sachverhalt vorliegt, die entsprechende Angabe aber im Krankenblatt nicht erscheint.

Auf den dritten sich aus den Tabellen 10 und 11 ergebenden Gesichtspunkt, nämlich die Frage des beruflichen Abstiegs oder der beruflichen Beeinträchtigung durch die Psychose, wird im folgenden Kapitel über die soziale Entwicklung einzugehen sein.

3.2.5 Soziale Entwicklung

Für die Beurteilung der sozialen Entwicklung eines Patienten ist von Interesse die vertikale Mobilität, d.h. die Bewegung von einer sozialen Schicht zu einer anderen, wobei dieser Positionswechsel als werthaltig aufgefaßt und als Auf- oder Abstieg gemessen wird (R. KÖNIG). Nach KÖNIG ist ferner zu unterscheiden die Intra-Generations-Mobilität als einem Wechsel der gesellschaftlichen Schicht innerhalb des Lebens des betreffenden Gesellschaftsmitgliedes und eine Inter-Generations-Mobilität, die sich von Generation zu Generation vollzieht. Beide Aspekte werden im folgenden zu untersuchen sein.

In 13 Fällen (≙ 37,1 %) ließ sich bei den schizophrenen Patienten eine durch die Psychose bedingte berufliche Benachteiligung oder ein deutlicher beruflicher Abstieg feststellen. Berücksichtigt wurden hier nur Patienten, die bereits im Berufsleben standen; auf eine Beeinträchtigung noch während der Ausbildungszeit wurde bereits an anderer Stelle eingegangen (vgl. Kapitel 3.2.3).

Schizophrene:

- Ein Zollinspektor mußte seinen Beruf aufgeben, lebt jetzt bei seinen Eltern, denen er bei der Arbeit zur Hand geht.
- Eine Verwaltungsangestellte, die ihrem Beruf nicht mehr gewachsen war, arbeitet jetzt als Hilfsschreibkraft.
- Ein Apothekenassistent war zunächst als Bademeister, später als Chemiearbeiter tätig.
- Ein Bundeswehroffizier wurde mit 39 Jahren wegen eines paranoiden Schubes in den vorzeitigen Ruhestand versetzt.
- Ein Patient geht seit 20 Jahren keiner geregelten Tätigkeit mehr nach.
- Ein Patient arbeitet seit 15 Jahren gar nicht mehr, vorher verrichtete er 20 Jahre lang nur Hilfsarbeiten im elterlichen Geschäft.

- Eine Patientin wurde mit 29 Jahren Frührentnerin, vorher verrichtete sie drei Jahre lang nur Gelegenheitsarbeiten.
- Zwei Patienten wurden mit ca. 40 Jahren zu Frührentnern.
- Ein Patient wurde mit 40 Jahren invalidisiert, zuvor verrichtete er 12 Jahre lang nur kleinere Gelegenheitsarbeiten.
- Ein Patient wurde mit 50 Jahren berentet, nachdem er zuvor ohne festes Arbeitsverhältnis war.
- Eine Patientin war vier Jahre lang berufsunfähig.
- Eine Verwaltungsangestellte wurde 19 Jahre lang nicht befördert.

Bei den Zyklothymen finden sich Angaben über eine berufliche Beeinträchtigung in 12 Fällen (≙ 17,1 %). Es wird jedoch deutlich, daß die Auswirkungen der Krankheit auf den Beruf im allgemeinen nicht so einschneidend sind wie bei den Schizophrenen.

Zyklothyme:

- Eine technische Angestellte fühlt sich ihrem Beruf nicht gewachsen und ist als Fabrikarbeiterin tätig.
- Ein Apotheker arbeitete später als Laborant, jetzt als Chemiearbeiter. Sein im Ausland abgelegtes Examen wird in der Bundesrepublik nicht anerkannt; einer Zusatzprüfung fühlt der Patient sich nicht gewachsen.
- Eine Wirtschaftslehrerin glaubt, ihren Beruf nicht ausüben zu können, und wurde statt dessen als Schwesternhelferin und Sprechstundenhilfe tätig.
- Ein Zyklothymer mit häufigen Phasen ist zur Zeit ohne Beruf. Früher hatte er häufig wechselnde Arbeitsverhältnisse.
- Ein Patient lebt bei seinen Eltern und ist seit vier Jahren ohne Beruf.
- Ein Pfarrer wurde wegen der depressiven Phasen in den einstweiligen Ruhestand versetzt.
- Eine Kindergärtnerin ist seit mehr als einem Jahr arbeitsunfähig.
- Ein Lehrer hatte wegen häufiger Phasen längere Unterbrechungen im Schuldienst, so daß seine Wiedereinstellung in Frage gestellt ist.
- Eine kaufmännische Angestellte wurde infolge ihrer Erkrankung aus dem Arbeitsverhältnis entlassen.

- Ein Verwaltungsangestellter, der zweimal wegen depressiver Phasen seine Arbeitsstelle verlor, ist seit längerem ohne Arbeit.
- Wegen zu häufiger Krankheitsphasen konnte ein Diplom-Gärtner schon seit Jahren die für seine Übernahme in das Beamtenverhältnis erforderliche Verwaltungsprüfung nicht ablegen.
- Eine Arbeiterin mußte wegen Krankheit sieben Jahre in ihrer Berufstätigkeit aussetzen.

Die soziale Entwicklung der jugendlichen Zyklothymen und Schizophrenen muß im Zusammenhang gesehen werden mit dem sozialen Status des Elternhauses, der die Ausgangsbasis für den späteren Werdegang darstellt. Nur zwei Drittel der Krankenblätter enthielten eine Angabe über den beruflichen Stand des Vaters, weswegen sich nicht in jedem Falle eine Aussage treffen läßt.

Die Tabelle 12 gibt Aufschluß über die soziale Entwicklung der Patienten im Verhältnis zu ihrem Elternhaus, also über die vertikale Inter-Generations-Mobilität im Sinne von R. KÖNIG.

Tab. 12: Sozialer Stand im Vergleich zum Elternhaus

		sozialer Abstieg		sozialer Aufstieg	
	Zahl	N	%	N	%
Schizophrene	27	12	44,4	1	3,7
Zyklothyme	44	6	13,6	8	18,2

Für die Beurteilung wurde der berufliche Stand des Vaters zugrundegelegt im Vergleich zum beruflichen Stand des Patienten bzw. (bei verheirateten Frauen) des Ehegatten. Ein sozialer Abstieg gegenüber dem Elternhaus wurde in solchen Fällen angenommen, wo entweder der Patient wegen seiner Erkrankung seinen Beruf aufgeben mußte und von einer Invalidenrente lebt, oder aber eine deutliche Diskrepanz zwischen dem eigenen sozialen Status und dem der Eltern besteht (z.B. Vater Handwerksmeister, Sohn ungelernter Fabrikarbeiter).

Aus der Tabelle 12 geht hervor, daß die Schizophrenen in einem

stärkeren Maße als die Zyklothymen einem sozialen Niedergang ausgesetzt waren. Einen höheren Sozialstatus als seine Eltern erreichte nur ein schizophrener Patient, wogegen nahezu ein Fünftel der Zyklothymen seinen beruflichen und gesellschaftlichen Status verbessern konnte.

3.2.6 Zwischenmenschliche Beziehungen

Den Krankengeschichten zu entnehmen war eine Reihe von Angaben über soziale und zwischenmenschliche Konflikte, die einen anamnestischen Zusammenhang mit der Psychose aufweisen.

Schizophrene:

- Eine Ehe wurde wegen Geisteskrankheit geschieden.
- Bei einem weiteren Patienten ist, ebenfalls wegen der Psychose, ein Ehescheidungsverfahren anhängig.
- Gegen einen Patienten wurde die Entmündigung ausgesprochen.
- An zwei Patienten wurde im Dritten Reich eine Zwangssterilisation vorgenommen.
- Durch 15 Jahre Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik ist ein Patient dem Alltagsleben völlig entfremdet.

Zyklothyme:

- Wegen der gehäuften zyklothymen Phasen wurde die Ehe eines Patienten geschieden.
- Gegen einen Maniker wurden Gerichtsverfahren angestrengt wegen dubioser geschäftlicher Aktivitäten, denen er in Überschätzung der eigenen Finanzlage nachgegangen war. Aus diesem Grunde wurde von einem Gricht die Entmündigung des Patienten angeordnet.

Vielleicht noch bedeutsamer als die oben aufgeführten manifesten Störungen können für die zwischenmenschlichen Beziehungen die Rückwirkungen der Krankheit auf die Psyche des Patienten sein. Etwaige Wesensänderungen können Kontaktstörungen und soziale Isolierung zur Folge haben.

Bei den depressiven Patienten fanden wir in zwei Fällen krankheitsüberdauernde asthenische Veränderungen, in einem weiteren Fall eine persistierende hypochondrische Symptomatik. Analysiert man in den Krankenblättern die Angaben zur praemorbiden Charakterstruktur, so ergibt sich, daß 19 Depressive (≙61,2 %

bei N = 31) ihrem Naturell nach unter die Begriffe „heiter, lebenslustig, robust, kontaktfreudig" einzuordnen sind. Hingegen werden 12 Patienten (≙ 38,2 % bei N = 31) als auch in gesunden Zeiten „ernst, schwernehmend, kontaktarm, still" bezeichnet, Menschen also, bei denen eher Kontaktstörungen denkbar wären. In den übrigen 39 Krankenblättern fehlen Angaben zur Charakterstruktur.

In der Gruppe der 35 Schizophrenen liegen bei 18 Kranken (≙ 51,4 %) ein schizophrener Defekt oder eine sozial beeinträchtigende Wesensänderung vor. Ein Defektzustand mehr oder minder starker Ausprägung mit affektiver Verflachung, Kontakt- und Antriebsstörungen, reduzierter Anpassungsfähigkeit und Spontaneität wurde in 11 Fällen diagnostiziert. Zwei Patientinnen leiden an einem religiösen Wahn. Drei der weiblichen Schizophrenen kapseln sich weitgehend von der Umwelt ab. Eine von ihnen ist wegen ihrer ausgeprägten Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen nicht fähig zu einer Berufstätigkeit; eine andere fürchtet sich seit ihrer Ersterkrankung vor 28 Jahren vor Menschen, geht kaum mehr unter die Leute und zieht sich mehr und mehr zurück.

3.3 Kasuistik

3.3.1 Zyklothyme Patienten

Fall Nr. 1

Beispiel eines sozial gutartigen Verlaufes nach einer manischen Phase und langem phasenfreiem Intervall

Heinrich F., geb. 1926, Regierungsrat,
stationäre Aufnahme 1966,
Diagnose: manische Phase einer monopolaren Zyklothymie

Nach normaler kindlicher Entwicklung besuchte der Patient vier Jahre die Volksschule, anschließend das Gymnasium, wo er während des Krieges ein Notabitur ablegte. Danach wurde er als Soldat eingezogen. Unmittelbar nach Kriegsende unterzog sich Herr F. erneut der Abiturprüfung, um anschließend ein Germanistikstudium zu beginnen. Nach wenigen Semestern gab er das Philologiestudium auf und entschloß sich für die Rechtswissenschaft.

Als Student machte Herr F. im Jahre 1948 die erste manische Phase durch. Er begab sich auf Reisen, schrieb Gedichte, tätigte große Geldausgaben und schloß wahllos Bekanntschaften. Schließlich wurde er an der Landesgrenze aufgegriffen und in stationäre Behandlung gebracht. Nach der Entlassung von dort bis zum jetzigen manischen Rezidiv war der Patient achtzehn Jahre lang völlig gesund und frei von psychischen Residuen.

Er legte in rascher Folge seine juristischen Examina ab und eröffnete 1958 eine Rechtsanwaltspraxis. Als seine wirtschaftlichen Verhältnisse es ihm erlaubten, gab er seine Kanzlei auf, um eine berufliche Tätigkeit mit weniger Arbeitseinsatz aufzunehmen. Seither ist Herr F. als Regierungsrat bei einem Bundesministerium tätig.

Seit 1955 ist der Patient verheiratet, aus der Ehe stammen

drei Kinder.

Zu Beginn der jetzigen manischen Phase war der Patient euphorisch-erregt, verbrachte Tage und Nächte damit, ein Requiem zu schreiben. Anlaß zur Notaufnahme in die Nervenklinik gab, daß der Patient in seiner Wohnung Möbel zu zerschlagen begann, woraufhin Nachbarn für die Klinikeinweisung sorgten.

Epikrise: Der Regierungrat Heinrich F. machte als Student eine manische Phase durch, die wegen seines umtriebigen Verhaltens zur Zwangseinweisung in eine Klinik führte. In den achtzehn Jahren bis zur derzeitigen manischen Wiedererkrankung war der Patient frei von jeglichen Krankheitserscheinungen, so daß er ohne Schwierigkeiten seine juristischen Examina ablegen und seinem Beruf als Rechtsanwalt und später als Ministerialbeamter nachgehen konnte.

Fall Nr. 2

Beispiel eines sozial gutartigen Verlaufes nach einer depressiven Phase und jahrzehntelangem krankheitsfreiem Intervall.

Dr. Gerd R., geb. 1920, Diplom-Chemiker,
stationäre Aufnahme 1963,
Diagnose: endogene Depression

Der Patient wurde als Sohn eines Diplom-Chemikers geboren. Aus der Familienanamnese ergibt sich eine deutliche hereditäre Belastung. Vier Jahre lang besuchte Gerd R. die Volksschule, anschließend ein renommiertes Gymnasium. Schon während der Schulzeit litt er häufig an traurigen Verstimmungszuständen. Noch als Gymnasiast machte der Patient die erste schwere depressive Phase mit erheblichen Selbstwertkrisen durch.

Nach dem Abitur absolvierte er ein Chemiestudium an der Universität Bonn mit guten Leistungen. Während des Krieges wurde er nur kurzzeitig zum Militärdienst herangezogen.

Seit 1948 ist Herr Dr. R. als angestellter Chemiker bei einer Industriefirma tätig. Bis zur jetzigen stationären Aufnahme wegen einer erneuten depressiven Phase kam es mehr als zwanzig Jahre lang zu keinem Rezidiv.

Der Patient bezeichnet sich selbst als Pessimisten und Melancholiker, persönliche Erfolge könnten ihn freuen, alltägliche Dinge ließen ihn aber völlig unberührt. In beruflicher Hinsicht entwickele er großen Ehrgeiz. Da er von jeher kontaktarm gewesen sei, habe er von einer einzigen Freundschaft abgesehen nur Bekannte, keine Freunde.

Dr. R., der keine Ehe eingegangen ist, lebt bei seinen Eltern.

Epikrise: Nachdem er noch vor dem Abitur die erste depressive Phase erlitten hatte, kam es bei dem Diplom-Chemiker Dr. Gerd R. in den Jahrzehnten bis zur derzeitigen Erkrankung nicht zu einem Rezidiv. Er beendete sein Chemiestudium erfolgreich und

ist seither als Industriechemiker tätig, ohne durch Krankheitsmanifestationen beeinträchtigt zu sein. Der Patient, der unverheiratet blieb, erscheint von seiner Charakterstruktur her melancholisch, kontaktarm und in sich gekehrt.

Fall Nr. 3

Beispiel eines beruflich erfolgreichen Depressiven mit häufigen nicht hospitalisierungsbedürftigen Phasen

Dr. Erwin K., geb. 1913, Diplom-Chemiker und Apotheker,
stationäre Aufnahme 1961,
Diagnose: monopolare Zyklothymie

Der Patient, Sohn eines selbständigen Kaufmanns, legte nach dem Besuch eines Reformgymnasiums 1931 das Abitur ab. Von Seiten seines Vaters besteht eine familiäre Krankheitsbelastung.

An der Universität, so führt der Patient aus, sei er äußerst ehrgeizig gewesen. Er studierte Pharmazie und Chemie und legte 1938 als Abschluß sein Diplom und sein Doktorexamen ab. Im selben Jahr erhielt er eine Anstellung bei einer bedeutenden Arzneimittelfirma; während des Krieges wurde er Heeresapotheker.

Im Jahre 1943 machte Herr Dr. K. die erste schwere Depression durch, die ohne ärztliche Behandlung wieder abklang. Später traten immer wieder depressive Verstimmungszustände auf, die für den Patienten beruflich ohne Folgen blieben, da es ihm stets gelang, diese subdepressiven Phasen zu überspielen, und eine stationäre Behandlung nicht erforderlich wurde. Nach außen hin blieb er stets sehr umgänglich und gesellig. Nur gelegentlich machte er seiner Frau von seinen depressiven Verstimmungen Mitteilung.

Nach dem Kriege war Herr Dr. K. bis zu seiner Entnazifizierung bei kleineren Firmen tätig. Später wurde er wieder bei seiner früheren Firma eingestellt, wo er zum Leiter der wissenschaftlichen Abteilung avancierte.

Seit Jahren schon wacht der Patient morgens sehr früh auf mit Spannungszuständen und Angst vor den Aufgaben des Tages, denen er sich schließlich aber doch stets gewachsen zeigte. Erst 1961 kam es zur krisenhaften Zuspitzung einer depressiven Phase mit Angst- und Erregungszuständen, weshalb der Patient sich in

stationäre Behandlung begeben mußte.

Seit 1934 ist der Patient verheiratet; Kinder gingen aus der Ehe nicht hervor.

Epikrise: Nach Ablegen seiner Universitätsexamina übernahm der Diplom-Chemiker und Apotheker Dr. Erwin K. eine Anstellung bei einer bekannten Arzneimittelfirma. Seit seiner depressiven Ersterkrankung 1943 kam es immer wieder zu traurigen Verstimmungszuständen, die, zumal sie keiner stationären Behandlung bedurften, die berufliche Karriere des Patienten nicht beeinträchtigten. Herr Dr. K. hat die Leitung der wissenschaftlichen Abteilung einer großen Firma übernommen.

Fall Nr. 4

Beispiel eines sozial gutartigen Verlaufs bei wiederholten manischen und depressiven Phasen

Friedrich S., geb. 1923, Diplom-Gärtner,
stationäre Aufnahmen 1967 und 1968,
Diagnose: biphasische Zyklothymie

Der Patient wurde als einziger Sohn eines Gärtnereibesitzers geboren; über eine hereditäre Krankheitsbelastung liegen keine sicheren Angaben vor. Nach normaler frühkindlicher Entwicklung besuchte er vier Jahre die Volksschule, anschließend die Oberrealschule, wo er mit 19 Jahren die Reifeprüfung ablegte.

Nach dem Abitur wurde Herr S. zum Kriegsdienst eingezogen und später zum Offizier befördert. Nach Kriegsende leistete er zunächst eine Gärtnerlehre ab, um anschließend an einer technischen Hochschule das Gartenbaustudium zu beginnen. Sein Staatsexamen als Diplom-Gärtner legte er 1949/50 ab.

Danach arbeitete der Patient eine Zeitlang im Gartenbaubetrieb seiner Eltern. Später nahm er für kürzere Zeit eine Stelle als wissenschaftliche Hilfskraft an einer Gartenbauhochschule an. Seit 1952 ist Herr S. Angestellter im Bundesernährungsministerium.

1952, im Alter von 29 Jahren, machte der Patient die erste depressive Phase durch. Seitdem traten etliche weitere depressive und manische Phasen auf, weswegen der Patient sich mehrfach in stationäre Behandlung begeben mußte. Um in das Beamtenverhältnis übernommen zu werden, müßte der Patient noch eine Verwaltungsprüfung vor einem interministeriellen Ausschuß ablegen. Durch seine häufigen Erkrankungen ist Herr S. hierzu noch nicht in der Lage gewesen.

Seit 1949 ist der Patient verheiratet; er hat fünf Kinder. Seine Ehe bezeichnet er als gut. In den gesunden Intervallen ist Herr S. frei von jeglichen psychischen Residuen, von heiterem und aufgeschlossenem Naturell.

Epikrise: Nach Abschluß seines Studiums war der Diplom-Gärtner Friedrich S. zunächst im elterlichen Gartenbaubetrieb und als wissenschaftlicher Assistent tätig, ehe er 1952 eine Anstellung in einem Bundesministerium übernahm. Im selben Jahr machte er die erste Depression durch. Seitdem traten noch etliche, zum Teil hospitalisierungsbedürftige manische und depressive Phasen auf, an denen die Übernahme des Patienten in das Beamtenverhältnis bislang scheiterte. Für etwaige berufliche bzw. beamtenrechtliche Schwierigkeiten infolge der wiederholten zyklothymen Erkrankungen gibt es in der Anamnese keinen Anhaltspunkt.

Fall Nr. 5

Beispiel eines sozial günstigen Verlaufes bei wiederholten manisch depressiven Phasen

Marianne J., geb. 1922, Stenotypistin,
stationäre Aufnahme 1969,
Diagnose: zyklothyme Depression

Die Patientin wurde als Tochter eines Musikers geboren. Sie besuchte acht Jahre lang die Volksschule als mittelmäßige Schülerin, im Anschluß daran eine Privatschule, um Stenographie und Schreibmaschineschreiben zu erlernen. Hernach war sie als Stenotypistin bei einer Industriefirma tätig.

1948 heiratete Marianne J. einen Berufssoldaten. Die Ehe, aus der ein Kind hervorging, war von vornherein nicht glücklich. Frau J. gibt an, von ihren Eltern mehr oder weniger zu dieser Eheschließung gezwungen worden zu sein.

Im Anschluß an die Geburt ihres Sohnes trat 1950 bei der Patientin die erste Depression auf. In den folgenden Jahren machte sie mehrfach manische und depressive Phasen durch von jeweils etwa einem Vierteljahr Dauer. Die manische Phase ging der Depression jedes Mal um einige Wochen voraus; in dieser Zeit fühlte Frau J. sich beruflich besonders leistungsfähig und war leichtsinnig in Bezug auf Anschaffungen und Geldausgaben. Mehrmals wurde stationäre Behandlung im Bonner Landeskrankenhaus erforderlich. In den freien Intervallen fühlt die Patientin sich vollkommen gesund und findet stets wieder zu ihrem heiteren und ausgeglichenen Naturell zurück.

1957 wurde die Ehe von Frau J. durch beiderseitiges Verschulden geschieden. In der Anamnese findet sich kein Hinweis darauf, daß die zyklothymen Erkrankungen der Patientin mit zum Scheitern der Ehe beigetragen hätten.

Nach der Scheidung arbeitete Marianne J. lange Jahre bei einer Versicherung als Stenotypistin, ehe sie seit kurzem bei einer Industriefirma tätig wurde. Zu beruflichen Schwierigkeiten

infolge der wiederholten zyklothymen Erkrankungen kam es offenbar nicht.

Epikrise: Nachdem im Anschluß an die Geburt ihres Sohnes die erste Depression aufgetreten war, machte Marianne J. in den folgenden Jahren noch mehrfach manische Phasen mit anschliessenden Depressionen durch. Verschiedentlich mußte die Patientin sich in stationäre Behandlung begeben. Seit der Scheidung ihrer Ehe geht Frau J. kontinuierlich ihrer Arbeit als Stenotypistin nach. Der soziale Bereich scheint durch die Psychose wenig beeinträchtigt, zumal keine phasenüberdauernden Residuen festzustellen sind.

Fall Nr. 6

Beispiel eines sozial stabilen Verlaufes bei einer Patientin mit häufigen manischen und depressiven Phasen

Luise Sch., geb. 1915, Hausfrau,
stationäre Aufnahme 1967,
Diagnose: bipolare Zyklothymie

Frau Sch. wurde als viertes von fünf Kindern eines Schreinermeisters geboren. Es liegt eine ganz erhebliche familiäre Häufung psychischer Erkrankungen vor; Vater, Bruder, Schwester, Onkel und mehrere Cousinen erkrankten an Psychosen und kamen zum Teil durch Suicid ums Leben.

Nach der Volksschule besuchte die Patientin bis zur Quarta ein Gymnasium, das sie wegen Erkrankung ihrer Mutter verlassen mußte. Im Anschluß an den Volksschulabschluß absolvierte sie eine Lehre als Verkäuferin und wurde gleich nach der Abschlußprüfung zur Filialleiterin befördert.

Frau Sch. heiratete 1938; ihre Ehe bezeichnet sie als harmonisch. Ihr Mann ist Fabrikant und Großkaufmann, weshalb das Ehepaar in ausgezeichneten wirtschaftlichen Verhältnissen lebt.

Ihrem praemorbiden Naturell nach ist die Patientin sanguinisch und ausgeglichen. Ihre erste depressive Phase machte sie 1940 durch im Anschluß an die Geburt ihres Sohnes. Seither laufen in jedem Jahr etwa eine manische und eine depressive Phase von mehrmonatiger Dauer ab. Die depressiven Phasen sind außerordentlich schwer, zweimal unternahm die Patientin einen Suicidversuch. In den letzten Jahren wurden die krankheitsfreien Intervalle zunehmend kürzer, so daß bei Frau Sch. die manische Phase oft unmittelbar in die Depression übergeht und umgekehrt.

In der Fremdanamnese führt der Ehemann, dem man vor der Ehe die starke familiäre Krankheitsbelastung verschwiegen hatte, ergänzend aus, daß seine Frau in den manischen Phasen gänzlich unkontrolliert Geld ausgebe und alle möglichen Dinge an Leute

verschenke, die gerade zufällig ins Haus kämen. Sie belaste die Familie stark durch ihre Umtriebigkeit und ihren ungezügelten Tatendrang. In der augenblicklichen manischen Phase ließe sie sich nicht davon abbringen, an einem Baggersee auf dem Grundstück ihres Hauses zu arbeiten.

In der Manie sei seine Frau aggressiv und bereite ihm unbegründete Eifersuchtsszenen. Da die Patientin in der Manie alles trinke, was sie erreichen könne, sei der Alkohol ein zusätzlicher Motor. Während sie sonst eine exzellente Köchin auch für große Anlässe sei, sei seine Frau in depressiven Zeiten unfähig, auch nur die kleinste Hausarbeit zu verrichten.

Epikrise: Luise Sch., gelernte Verkäuferin, machte ihre erste depressive Phase mit 25 Jahren im Anschluß an eine Entbindung durch. Seitdem laufen pro Jahr etwa eine manische und eine depressive Phase ab, wobei die freien Intervalle zunehmend kürzer werden. Daß der Krankheitsverlauf ohne soziale Folgen blieb, ist allein darauf zurückzuführen, daß bei Frau Sch. die guten wirtschaftlichen Verhältnisse und die bestehende Ehe ein unter anderen Umständen sicheres soziales Abgleiten verhindert haben.

Fall Nr. 7

Beispiel eines zunächst beruflich erfolgreichen Patienten mit zyklothymen Phasen und hyperthymer Konstitution

Dr. Ludwig W., geb. 1904, Diplom-Ingenieur,
stationäre Aufnahme 1960 zur Erstellung eines Gutachtens wegen Entmündigung,
Diagnose: biphasische Zyklothymie

Der Patient wurde als ältestes von drei Kindern eines Hüttendirektors geboren; eine familiäre Krankheitsdisposition besteht nicht. Nach normaler frühkindlicher Entwicklung besuchte er drei Jahre lang eine Vorschule, danach neun Jahre ein Realgymnasium, wo er 1922 das Abitur ablegte. Anschließend studierte er Eisenhüttenkunde und legte 1927 sein Examen als Diplom-Ingenieur ab. Zwei Jahre war Herr Dr. W. wissenschaftlicher Assistent, ehe er 1929 seine Doktorprüfung mit „sehr gut" bestand.

Seit 1930 ist der Patient verheiratet, aus der Ehe stammen drei Kinder.

1929 bis 1932 übernahm er die Leitung eines Stahlwerkes; später nahm Herr Dr. W. eine leitende Stellung bei einer großen Bank an.

1934, im Alter von 30 Jahren, machte er die erste Depression durch, die nach ambulanter Behandlung relativ rasch wieder abklang.

In den folgenden Jahren gründete der Patient die Westdeutsche Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, wo er vier Wirtschaftsprüfer und zwei Rechtsanwälte beschäftigte. Zudem wurde er vereidigter Sachverständiger bei der Industrie- und Handelskammer. Dr. W. entwickelte verschiedene technische Verfahren, die patentiert wurden, unter anderem in einem wehrwissenschaftlichen Institut während des Krieges. 1941 gründete er eine Stahlforschungsgesellschaft, leitete neben der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft noch eine Stahlmetallgesellschaft und eine Stahlverarbeitungsgesellschaft, insgesamt also vier Firmen.

In all diesen Jahren nach der Ersterkrankung traten bei dem Patienten noch verschiedene zyklothyme Phasen auf. Auch während der Depressionen hat Herr Dr. W. stets weitergearbeitet, ohne daß eine Hospitalisierung erforderlich geworden wäre. Erst 1955 gab er die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft auf und ging drei Jahre lang wegen ständiger Depressionen keiner Arbeit mehr nach.

Seit 1958, so führt der Patient aus, sei er wieder „in vollem Gang"; er sei mit der Auswertung von Erfindungen und mit Verhandlungen mit Schweizern, Schweden und Norwegern beschäftigt.

Im Zusammenhang mit seinen geschäftlichen Aktivitäten sind verschiedene Prozesse gegen Herrn Dr. W. angestrengt worden. Da er zudem im Zustand einer gereizten Manie seinen Schwiegersohn tätlich angegriffen hat, wurde ein Verfahren wegen Entmündigung eingeleitet.

Epikrise: Der Diplom-Ingenieur Dr. Ludwig W. hatte eine Reihe von Jahren leitende Positionen in der Industrie und Wirtschaft inne. Später gründete er selbst mehrere Firmen, die er lange Jahre leitete. Nach seiner Ersterkrankung 1934 machte er noch mehrere manische und depressive Phasen durch, die aber keine hospitalisierungsbedürftigen Schweregrade erreichten und während derer der Patient immer seiner Arbeit nachging. Erst 1955 mußte er für drei Jahre jede berufliche Tätigkeit aufgeben. Wegen seiner wohl hyperthymen geschäftlichen Aktivitäten werden Prozesse gegen ihn geführt; ein Verfahren wegen Entmündigung ist eingeleitet.

Fall Nr. 8

Beispiel für eine berufliche Beeinträchtigung infolge phasenüberdauernder asthenischer Beschwerden

Mariele St., geb. 1911, Haufrau,
stationäre Aufnahme 1964,
Diagnose: endogene Depression, allgemeine Psychasthenie

Die Patientin wurde als Tochter eines Metzgermeisters geboren; in der Familie sind keine Geistes- oder Gemütsleiden bekannt. Sieben Jahre besuchte Mariele St. die Volksschule, dann weitere drei Jahre eine höhere Privatschule und legte dort eine Abschlußprüfung ab. Danach absolvierte sie mit guten Leistungen ein Studium als Wirtschaftslehrerin.

Mit 24 Jahren machte Frau St. eine erste depressive Phase durch, in deren Verlauf sie einen Suicidversuch beging. Sie fühlte sich ihrem Beruf als Lehrerin nicht gewachsen und hat aus diesem Grunde nie eine Lehrtätigkeit ausgeübt. Nach ihrem Examen blieb sie vielmehr drei Jahre lang zu Hause bei den Eltern, ehe sie eine Anstellung als Sprechstundenhilfe und später als Schwesternhelferin übernahm.

Seit ihrer Verheiratung 1944 ist Frau St. nicht mehr berufstätig. Aus ihrer Ehe gingen zwei Kinder hervor; der Ehemann ist Ministerialrat bei einem Bundesministerium in Bonn.

Die jetzige Erkrankung ist nach fast dreißigjährigem freiem Intervall die zweite depressive Phase. In der Zeit zwischen den beiden Depressionen, so führt die Patientin aus, habe sie nicht wieder zu ihrem praemorbiden sanguinischen Temperament zurückgefunden. Vielmehr sei sie grüblerisch, fühle sich unsicher, litte unter Minderwertigkeitsgefühlen und einem Kontrollzwang. Bis zur derzeitigen Depression seien zwar keine eigentlichen phasischen depressiven Verstimmungen aufgetreten, es sei vielmehr ein gleichbleibendes Dahin von Angst- und Unsicherheitsgefühlen.

Epikrise: Nach der depressiven Ersterkrankung im Alter von 24 Jahren fühlte sich Mariele St. nicht in der Lage, ihren Beruf als Wirtschaftslehrerin auszuüben. Obgleich es in den drei Jahrzehnten seit der ersten zyklothymen Erkrankung zu keinem Rezidiv der Psychose kam, hat die Patientin nicht wieder das praemorbide Vitalniveau erreicht und leidet unter Unsicherheit, Minderwertigkeitsgefühlen und einem Kontrollzwang. Wenn der soziale Verlauf trotz des deutlichen beruflichen Abstiegs im Anschluß an die Ersterkrankung als positiv beurteilt werden kann, so dürfte die stabilisierende Funktion der bestehenden Ehe als der entscheidende Faktor angesehen werden.

Fall Nr. 9

Beispiel eines ungünstigen Verlaufes bei Kombination von Depressionen und offenbar krankheitsunabhängiger beruflicher Beeinträchtigung

Cornelius D.-W., geb. 1910, Apotheker,
stationäre Aufnahme 1963,
Diagnose: endogene Depression

Da der Vater Kolonialoffizier war, wuchs der Patient bei der Mutter auf, die aus gesundheitlichen Gründen nicht in den Tropen leben durfte. Von Seiten des Vaters, der durch Suicid ums Leben kam, ist eine hereditäre Krankheitsbelastung gegeben.

Vom sechsten bis zum zwölften Lebensjahr besuchte der Patient die Volksschule, danach sechs Jahre lang ein Realgymnasium, wo er das Abitur ablegte. Zwischen Abitur und Studium trat bei Herrn D.-W. die depressive Ersterkrankung auf, die drei Monate lang stationär behandelt wurde. Der Zustand klang in einer Restitutio ad integrum ab.

Nach dem Pharmaziestudium nahm der Patient eine Stelle als Militärapotheker an. Ehe er während des Krieges dienstverpflichtet wurde, hatte er noch eine Stellung in einem chemischen Labor inne. Nach Kriegsende wurde er in Ostdeutschland in einer pharmazeutischen Fabrik tätig, bis er 1950 in die Bundesrepublik Deutschland kam.

Nach einjähriger erfolgreicher Tätigkeit in der pharmazeutischen Industrie wurde Herrn D.-W. eröffnet, daß sein Studium und sein in den Niederlanden abgelegtes Examen in der Bundesrepublik nicht anerkannt würden. Um nicht sein Apothekerexamen erneut ablegen zu müssen, nahm der Patient fortan einfachere Arbeiten an. Er arbeitete als Laborant in einer Lackfabrik, bis er sich hier eine toxisch bedingte Berufskrankheit zuzog. Herr D.-W. hatte in der Folgezeit nur noch verschiedene Hilfsarbeiterstellen inne.

Seit Beginn der jetzigen zweiten depressiven Phase vor mehr

als einem Jahr ist er zu keiner Arbeit mehr in der Lage.

Seit 1939 ist Herr D.-W. verheiratet; die Ehe blieb kinderlos.

Epikrise: In der Zeit zwischen Abitur und Studium trat bei Cornelius D.-W. die erste depressive Phase auf. Nach Abschluß seines Pharmaziestudiums wurde er als Militärapotheker und später in verschiedenen pharmazeutischen Firmen tätig. Da nach Übersiedelung in die Bundesrepublik sein Examen nicht mehr anerkannt wurde und der Patient sich zudem eine Berufskrankheit zuzog, ging er in den letzten Jahren nur noch untergeordneten Tätigkeiten nach. Der berufliche Abstieg des Patienten, bei dem keine psychischen Residuen fortbestanden und jahrzehntelang keine Rezidive auftraten, dürfte auf krankheitsunabhängige Faktoren zurückzuführen sein.

Fall Nr. 10

Beispiel für einen sozial ungünstigen Verlauf nach mehreren monopolaren Phasen

Günter K., geb. 1909, Pastor i. e. R.,
stationäre Aufnahme 1965,
Diagnose: monopolare Zyklothymie

Der Patient wuchs im Elternhaus auf und machte eine normale kindliche Entwicklung durch. Der Vater war praktischer Arzt von Beruf. Eine sichere familiäre Krankheitsbelastung liegt nicht vor.

Günter K. besuchte die Volksschule, dann ein Realgymnasium bis zum Abitur im Jahre 1929, das er mit gut durchschnittlichen Leistungen ablegte. Nach der Reifeprüfung studierte er zunächst drei Semester Jura, dann sechs Jahre lang Theologie an der Akademie und am Priesterseminar.

Erstmals im Jahre 1934/35 hat der Patient während des Studiums einen sogenannten „Nervenzusammenbruch" erlitten. Die depressive Stimmungslage, Konzentrationsschwäche und Antriebsminderung klangen unter ambulanter Behandlung wieder vollständig ab, so daß Herr K. in den folgenden Jahren ohne Schwierigkeiten seine Arbeit leisten konnte.

Nach der Priesterweihe 1939 hatte er mehrere Kaplanstellen inne, u.a. auch als Lazarettpfarrer. 1952 kam er als Vikar nach A., bis ihm 1958 eine Pfarrei in Paderborn zugewiesen wurde. Gleich nach Übernahme dieser Stelle trat eine erneute depressive Phase ein. Nach außen hin bewahrte Herr K. die Fassade eines Gesunden und ließ sich nichts von seiner psychischen Erkrankung anmerken. Von sich aus ersuchte er um seine Ablösung und wurde auf diesen Antrag hin an seine frühere Stelle als Vikar zurückversetzt. Dort klang der Zustand wieder ab, so daß der Patient selbständig eine Gemeinde von 10.000 Mitgliedern zu betreuen in der Lage war.

Nachdem er 1963 wieder in eine kleine Gemeinde in Paderborn

versetzt worden war, trat eine erneute Depression auf. Sein Gesuch um Rückversetzung auf die frühere Vikarstelle in A. wurde diesmal abgelehnt. Nachdem man zunächst einige Monate abgewartet hatte, versetzte sein Bischof Herrn K. in den einstweiligen Ruhestand. Wenn er wieder gesund sei, so wurde ihm mitgeteilt, könne er sich beim Bischof zur weiteren Verwendung melden.

Epikrise: Nach der depressiven Ersterkrankung noch während seines Theologiestudiums blieb der Pastor Günter K. über lange Jahre frei von Krankheitserscheinungen. Er bewährte sich in seinem Beruf als Seelsorger, bis es zweimal, jeweils im Anschluß an eine dienstliche Versetzung, zu erneuten schweren Depressionszuständen kam. In deren Folge wurde Herr K. von seinem Bischof in den einstweiligen Ruhestand versetzt.

Fall Nr. 11

Beispiel eines ungünstigen Verlaufes bei persistierender hypochondrischer Symptomatik

Karl K., geb. 1912, ohne Beruf,
stationäre Aufnahme 1960 zur Erstellung eines Gutachtens zur Frage der Berufs- und Erwerbsfähigkeit,
Diagnose: hypochondrisch gefärbte endogene Depression

Der Patient ist das zweite von vier Kindern eines Landwirts, in dessen Familie keine Geistes- oder Gemütskrrankheiten bekannt sind. Nachdem er acht Jahre lang die Volksschule besucht hatte, arbeitete Herr K. zu Hause in der Landwirtschaft und als Holzarbeiter in staatlichen Wäldern.

Während der ersten depressiven Phase im Alter von 18 Jahren ging Herr K. ein halbes Jahr keiner Arbeit nach; er litt unter Schwäche und Vernichtungsgefühl. 1940 zog man ihn zum Militärdienst ein, wo er den Dienstgrad eines Obergefreiten erreichte. An eine Verschüttung in einem Bunker und eine zweitägige Amnesie schloß sich eine erneute Depression an, die in einem Lazarett behandelt wurde. Seit diesem Ereignis 1943 ist der Patient von einem ständigen Angstgefühl vor den Kriegsereignissen beherrscht worden und erreichte nie wieder das frühere Vitalniveau.

Nach Kriegsende begann Herr K. wieder, in der elterlichen Landwirtschaft zu arbeiten. Nachdem 1956 eine erneute hypochondrisch gefärbte Depression aufgetreten war, ging der Patient keinerlei Arbeit mehr nach. Er leidet seitdem unter Herzbeschwerden, Antriebsschwäche, Apathie und einer depressiven Stimmungslage.

Herr K. blieb unverheiratet und lebt bei seinem Vater und einer unverheirateten Schwester.

Der Patient würde gerne arbeiten, jedoch schon nach der geringsten Anstrengung befallen ihn Atemnot und starke Herzbeschwerden. Seine früheren Hobbies wie Skat und Fußballspiel hat er

aus diesem Grunde auch schon lange aufgegeben. Herr K. leidet unter andauernden Verstimmungszuständen und Schlaflosigkeit.

Epikrise: Die Jahre des Kriegsdienstes ausgenommen, war Karl K. stets in der elterlichen Landwirtschaft tätig gewesen. Die erste hypochondrisch gefärbte Depression machte er mit 18 Jahren durch; nach einem Rezidiv fand er nicht wieder zu seinem früheren Vitalniveau zurück. Seit der dritten hypochondrischen Depression im Alter von 44 Jahren ist der Patient zu keinerlei Tätigkeit mehr in der Lage. Sein Zustand ist durch ständige Herzbeschwerden, Antriebsschwäche, depressive Stimmungslage und Apathie gekennzeichnet.

3.3.2 Schizophrene Patienten

Fall Nr. 12

Beispiel für ein berufliches und familiäres Scheitern nach mehreren paranoiden Schüben

Dietrich M., geb. 1919, Hauptmann a.D.,
stationäre Aufnahme 1963,
Diagnose: vierter Schub einer paranoiden Schizophrenie

Der Vater war Berufsoffizier und Regimentskommandant im Zweiten Weltkrieg. Der Patient wuchs im Elternhaus auf und machte eine normale kindliche Entwicklung durch. Über eine hereditäre Krankheitsbelastung ist nichts bekannt.

Dietrich M. besuchte die Volksschule, anschließend acht Jahre das Gymnasium. Nach dem Abitur absolvierte er eine Fähnrichsausbildung bei der Flak und wurde 1942 zum Offizier befördert. Am Kriegsende war sein letzter Dienstgrad Oberleutnant.

An der Front wurde Dietrich M. 1942 zum ersten Mal psychisch auffällig. Er war zudem nicht mehr in der Lage, die für einen Artilleristen unbedingt notwendigen Berechnungen durchzuführen, wobei es ihm jedoch gelang, seine Arbeit auf Untergebene abzuschieben. Aus diesem Grunde blieb die psychische Störung kaschiert und ohne weitere Konsequenzen.

Nach dem Krieg begann Herr M. mit dem Studium der Betriebswirtschaft. Wegen eines erneuten schizophrenen Schubes 1949/50 konnte er aber kein Abschlußexamen ablegen.

1950, nach dem Abbrechen des Studiums, ging Dietrich M. nach Chile, wo er als Lehrer an einer deutschen Schule tätig war. 1952 verließ er Chile wieder, um bei der Bundeswehr als Offizier wiedereinzutreten. 1952 bis 1956 studierte der Patient wiederum in Chile, kehrte erst 1956 nach Deutschland zurück und wurde bei der Bundeswehr als Berufsoffizier eingestellt.

1958, anläßlich einer Auseinandersetzung mit einem Vorgesetzten,

bekam der Patient einen Versagenszustand, über den er nichts zu berichten weiß; er habe letztlich alles vergessen. Daraufhin wurde sein Fall den Bundeswehrärzten gemeldet. Seitdem ist der Patient aus der Bundeswehr entlassen, sein letzter Dienstgrad war Hauptmann. Herr M. hat jetzt wieder angefangen zu studieren.

Der Patient heiratete 1954, aus der Ehe ging eine Tochter hervor. Wegen Geisteskrankheit wurde die Ehe 1963 geschieden; der Prozeß fand in Abwesenheit des Patienten statt. Das Kind wurde der Mutter zugesprochen und lebt jetzt mit ihr in New York.

Bei der jetzigen stationären Aufnahme zeigte sich Dietrich M. nicht in der Lage, größere Gedankenintegrate zu beherrschen. Die Konzentration ließ sehr rasch nach, es wurde in der Exploration wiederholt typisches Gedankenabreißen beobachtet. Der Patient sprach in aphoristischen Sätzen, die nicht ganz aufeinander abgestimmt waren. Er wirkte mißtrauisch und überhöflich. Die Spontaneität war verarmt und ein affektiver Kontakt kaum herzustellen. Anamnestisch wurden substuporöse Zustände angegeben.

Epikrise: Bei dem Hauptmann a.D. Dietrich M. liegt eine schizophrene Wesensänderung vor, deren Beginn auf die Jahre 1942/43 zu datieren ist. Der zweite schizophrene Schub zwang den Patienten zum Abbrechen seines Studiums; einige Jahre später wurde der Berufsoffizier infolge einer paranoiden Manifestation aus der Bundeswehr entlassen. Die Ehe des Patienten wurde wegen Geisteskrankheit geschieden. In der Exploration zeigten sich eine deutliche Aspontaneität und affektive Störungen.

Fall Nr. 13

Beispiel eines ungünstigen Verlaufes infolge einer sozial beeinträchtigenden Wesensänderung

Sophia Sch., geb. 1919, Hausfrau,
stationäre Aufnahme 1960 zur Erstellung eines Gutachtens zur Frage der Berufs- und Erwerbsfähigkeit,
Diagnose: Schizophrenie

In der Familie der Patientin sind keine Nerven- und Gemütsleiden bekannt. Nach der Volksschule besuchte Sophia Sch. die Oberschule, die sie nach der achten Klasse verließ. Anschliessend ging sie zum Arbeitsdienst, wo sie zur Maiden-Oberführerin befördert wurde.

Nach Kriegsende wurde Frau Sch. erstmals psychisch auffällig und mußte sich für mehrere Monate in stationäre Behandlung begeben. Nach der Entlassung persistierten eine psychische Veränderung und hypochondrische Beschwerden. Bis 1948 lebte Sophia Sch. von Gelegenheitsarbeiten und war kurzzeitig in einem Büro beschäftigt. Seither stand sie in keinem Arbeitsverhältnis mehr. 1950 und 1951 wurden ihre beiden Kinder unehelich geboren, die sie seither versorgt und die sie auch ganz beanspruchen.

Nach ihrer zweiten Erkrankung mit paranoider Symptomatik und stationärer Behandlung 1958 stellte die Patientin einen Antrag auf Berentung wegen Berufsunfähigkeit, da sie sich in keiner Weise mehr der Arbeit in einem Büro gewachsen fühlte. Alle mit einem Beruf verbundenen Aufregungen, auch wenn es sich nur um Kleinigkeiten handle, sei sie nicht in der Lage zu ertragen. Sie komme auf Dauer nicht mit irgendwelchen anderen Menschen aus.

Der psychische Befund bei der Aufnahme war gekennzeichnet durch eine deutliche Affektlabilität; durch Provokation war Frau Sch. sehr leicht in Erregung zu versetzen. Ihr fehlten jedes Fundament und jede Ausgeglichenheit. Der formale Kontakt erschien

nur streckenweise emotional getragen; auffällig war ein oft abrupter Wechsel der Zuwendung. Hinzu kam eine hypochondrische Symptomatik: Frau Sch. klagte über Herzbeschwerden, Schmerzen in der linken Gesichtshälfte und Schwindelgefühl. Diese Beschwerden verstärkten sich bei Anstrengungen oder Aufregungen.

Das Gutachten sieht die Berufsfähigkeit als beeinträchtigt an durch die außerordentlich großen Anpassungsschwierigkeiten. Eine gewisse Arbeitsfähigkeit, die Sophia Sch. ja in der Versorgung ihres eigenen Haushaltes beweise, könne angenommen werden, wenn nicht zu viele Möglichkeiten der Reibereien mit Arbeitskollegen bestünden.

Epikrise: Nach der Ersterkrankung ging die ehemalige Arbeitsdienstführerin Sophia Sch. keiner kontinuierlichen Arbeit mehr nach. Zwar ist sie in der Lage, ihren Haushalt und ihre beiden unehelichen Kinder zu versorgen. Jedoch ist sie auf Grund einer hypochondrischen Symptomatik und ausgeprägter Kontakt- und Anpassungsstörungen , die sich nach einem zweiten schizophrenen Schub noch verstärkten, unfähig zu einer Berufstätigkeit und zum Kontakt mit anderen Menschen. Die hervorstechendsten psychischen Auffälligkeiten sind das wechselnde Kontaktverhalten sowie die affektive Labilität.

Fall Nr. 14

Beispiel für ein soziales Abgleiten infolge eines psychotischen Prozesses von teils manisch-depressivem, teils schizophrenem Charakter

Hans P., geb. 1921, Chemiearbeiter,
stationäre Aufnahme 1961,
Diagnose: psychotischer Prozess mit teils schizophrenen, teils manisch-depressiven Symptomen

Die Mutter des Patienten war von Beruf Weberin. Hans P. wurde unehelich geboren und kann über seinen Vater keine Angaben machen. Die kindliche Entwicklung verlief normal; das Kind wuchs bei den Großeltern auf, zu denen es ein gutes Verhältnis hatte. Über Nerven- und Gemütsleiden in der Familie der Mutter ist nichts bekannt.

Nach vier Jahren Volksschule wechselte Hans P. zur Oberschule, wo er mit mittelmäßigen Leistungen das Abitur bestand. Mit 16 Jahren litt er ein Vierteljahr lang an einer schweren Depression.

Nach dem Abitur meldete Herr P. sich freiwillig zum Militärdienst und brachte es zum Rang eines Leutnants. Im Kriegsdienst machte er 1941 den ersten schizophrenen Schub mit paranoider Symptomatik durch. Wegen seines Fehlverhaltens sollte er vor ein Militärgericht gestellt werden, ehe man das Krankhafte seines Zustandes erkannte und der Patient in stationäre Behandlung übergeben wurde. Ebenfalls noch an der Front trat 1944/45 eine manische Phase mit anschließender Depression ein.

Nach Kriegsende wurde Herr P. Russischlehrer in Chemnitz. Zu dieser Zeit lernte er eine Kollegin kennen, zu der sich sehr hingezogen fühlte. Da er aber keine rechte Berufsausbildung hatte, wollte Herr P. nicht um ihre Hand anhalten. Auch später ging der Patient keine Ehe mehr ein.

Wegen politischer Unzuverlässigkeit wurde Herr P. als Lehrer

entlassen, woraufhin er eine Praktikantenstelle in einer Apotheke annahm. Noch vor dem Apotheker-Vorexamen machte er eine erneute Depression durch. Trotzdem bestand er die Prüfung mit Auszeichnung. Danach studierte der Patient zunächst einige Semester Medizin, später Pharmazie in Jena, ohne aber ein Examen abzulegen. Vielmehr ließ er sich umschulen und wurde Bademeister.

Einige Jahre später kam Hans P. aus der DDR in die Bundesrepublik. Während er zunächst noch als Apothekenangestellter tätig war, nahm er später eine Stelle als Arbeiter in der chemischen Industrie an.

In der Exploration wirkte der Patient deutlich antriebsverarmt. Die Psychomotorik war spärlich und verlangsamt, die affektive Ansprechbarkeit eingeschränkt. Die Intelligenz des Patienten war als überdurchschnittlich zu bezeichnen.

Epikrise: Einer depressiven Phase noch vor dem Abitur folgten bei Hans P. während des Kriegsdienstes ein paranoider Schub und eine manisch-depressive Phase. Nach dem Krieg begann der offenbar überdurchschnittlich begabte Patient ein Medizin- und Pharmaziestudium, ohne jedoch ein Examen abzulegen. Später wurde er Bademeister, Apothekenassistent und war zuletzt als Chemiearbeiter tätig. Im Rahmen des psychischen Befundes fallen eine Antriebsverarmung und eine verminderte affektive Ansprechbarkeit auf.

Fall Nr. 15

Beispiel für einen sozial ungünstigen Verlauf bei schizophrenem Defektzustand

Hans G., geb. 1923, ohne Beruf,
stationäre Aufnahme 1965 zur Erstellung eines Gutachtens zur Frage der Berufs- und Erwerbsfähigkeit,
Diagnose: schizophrener Defektzustand mit Affekt-, Kontakt- und Antriebsstörungen

Der Patient, Sohn eines Bankkaufmannes, machte eine regelrechte Kindheitsentwicklung durch. Eine sichere hereditäre Krankheitsbelastung liegt nicht vor. Nach der Entlassung aus der Volksschule besuchte Hans G. eine Handelsschule und erhielt danach eine Anstellung in der Zollverwaltung. Nach Bestehen der Finanzanwärterprüfung wurde er Zollinspektor.

Erstmals 1942 und 1944 nach seiner Einberufung zur Wehrmacht wurde der Patient psychotisch. 1942 wurde er stationär behandelt, 1944 klang ein erneuter schizophrener Schub ohne Behandlung wieder ab. Weitere Rezidive der Schizophrenie traten 1948 und 1951 ein und machten jeweils eine stationäre Unterbringung erforderlich.

Nach dem Kriege machte der Patient noch einmal den Versuch, in der Zollverwaltung zu arbeiten. Er war nur noch für den unteren Dienst vorgeschlagen worden. Auch dem Zolldienst an der Grenze zeigte Hans G. sich nicht gewachsen. Er fand vorübergehend eine Anstellung als Arbeiter bei der Bahn, später eine Beschäftigung als Bote.

1963 wurde der Patient entmündigt. Er ist unverheiratet und lebt jetzt ständig bei seinen Eltern, die seit einiger Zeit ein kleines Geschäft betreiben. Er geht seinen Eltern zur Hand, indem er Waren ausliefert; im Geschäft selbst kann er wegen seiner Verhaltensstörungen nicht arbeiten.

Bei der Aufnahmeuntersuchung war Herr G. bewußtseinsklar und

orientiert, verhielt sich äußerlich geordnet und situationsgerecht. In seinem Verhalten wirkte er verlangsamt, manieriert und zerfahren und zeigte eine eingeschränkte affektive Schwingungsfähigkeit. Im Gespräch wurde eine inadäquate Situationsbeurteilung deutlich.

Epikrise: Der Zollinspektor Hans G. machte die beiden ersten psychotischen Schübe während des Kriegsdienstes durch. Nach dem Krieg zeigte er sich infolge schizophrener Residuen seiner Tätigkeit in der Zollverwaltung nicht mehr gewachsen und ging Gelegenheitsarbeiten nach. Nach weiteren schizophrenen Schüben wurde der Patient entmündigt, lebt unverheiratet bei seinen Eltern und verrichtet Hilfsarbeiten in deren Geschäft. Der schizophrene Defektzustand äußert sich bei Herrn G. in Affekt-, Kontakt- und Antriebsstörungen.

Fall Nr. 16

Beispiel für einen sozial ungünstigen Verlauf bei schizophrenem Defektzustand

August B., geb. 1913, Rentner,
stationäre Aufnahmen 1960 und 1962,
Diagnose: Schizophrenie, fragliche Rentenneurose

Die Familienanamnese gibt keinen Anhaltspunkt für erbliche Geistes- oder Gemütskrankheiten. Der Patient wuchs im Elternhaus auf und besuchte acht Jahre mit gutem Erfolg die Volksschule. Nach der Schulentlassung erlernte er auf dem elterlichen Hof die Landwirtschaft, besuchte eine Fortbildungsschule und zwei Semester lang eine Landwirtschaftsschule.

1941 bis 1945 war Herr B. zum Kriegsdienst eingezogen. 1942 wurde er erstmals psychisch auffällig und beim Militär medikamentös behandelt. Seitdem, so gibt der Patient an, sei er nie wieder ganz gesund geworden. Wegen des gleichen Zustandes wurde er 1953 und 1954 in eine Landesheilanstalt aufgenommen. Der Aufenthalt in der Anstalt, führt Herr B. aus, habe ihm in seinen sozialen Beziehungen sehr geschadet; hernach habe er sich nie mehr gesund gefühlt und fähig zu arbeiten. Zudem leidet der Patient unter einer persistierenden hypochondrischen Symptomatik.

Nach dem Krieg arbeitete der Patient einige Zeit lang gemeinsam mit seinem Bruder in der Landwirtschaft. Als dieser 1953 seiner eigenen Wege ging, verkaufte August B. den Betrieb, weil er allein die Arbeit nicht bewältigte.

Seit 1954 lebt Herr B. von einer Invalidenrente in Höhe von 86.-- DM (Stand 1960). Eine Ehe ist er nicht eingegangen. Der Patient macht sich Sorgen um seine Zukunft, da die Rente nicht für das Notwendigste ausreicht. Er weiß nicht, wie es nach dem Tode seiner betagten Eltern weitergehen soll, in deren Haushalt er jetzt lebt und die ihren Sohn offenbar finanziell unterstützen.

Bei der Aufnahmeuntersuchung erschien Herr B. affektiv unausgeglichen, moros, querulatorisch und verbittert. Dabei war er bewußtseinsklar und orientiert und verhielt sich äußerlich geordnet. Psychisches Tempo und Bewegungsablauf waren stark verlangsamt.

Epikrise: Der ehemalige Landwirt August B. machte während des Kriegsdienstes den ersten schizophrenen Schub durch. Später kam es zu Rezidiven, die stationär behandelt wurden und in deren Folge er wegen einer schizophrenen Defektsymptomatik und hypochondrischer Beschwerden seinen Beruf aufgeben mußte. Der Patient lebt unverheiratet bei seinen Eltern und bezieht eine minimale Invalidenrente.

Fall Nr. 17

Beispiel für einen schizophrenen Defektzustand und sozial ungünstigen Verlauf nach langjähriger Hospitalisation

Georg R., geb. 1922, Rentenanwärter,
stationäre Aufnahme 1964 zur Erstellung eines Gutachtens zur Frage der Berufs- und Erwerbsfähigkeit,
Diagnose: schizophrener Defektzustand

Georg R. war das älteste von drei Kindern eines Landwirts; seine körperliche und geistige Entwicklung verlief normal. Familiäre Nerven- oder Gemütsleiden sind nicht bekannt. Der Patient besuchte die Volksschule mit mäßig gutem Erfolg und absolvierte anschließend eine Schlosserlehre, die er mit der Gesellenprüfung abschloß.

Bis zu seiner Einberufung zum Kriegsdienst war er in seinem Beruf als Schlosser tätig. Bei der Kriegsmarine wurde Georg R. an einen U-Boot-Stützpunkt nach Griechenland versetzt. Dort machte er 1943 den ersten Schub einer Schizophrenie durch, kam in stationäre Behandlung und wurde daraufhin vom Wehrdienst befreit.

Nach seiner Entlassung aus der psychiatrischen Klinik 1944 ging der Patient keiner geregelten Tätigkeit mehr nach. Von 1948 bis 1963 war er dauernd in einer Nervenheilanstalt untergebracht, wo er auch zeitweise in die Arbeitstherapie eingegliedert wurde.

In der Exploration zeigte Herr R. sich bewußtseinsklar und allseitig orientiert, jedoch kaum kontaktfähig. Er war still und in sich gekehrt, lächelte vor sich hin. Es gelang kaum, mit ihm ins Gespräch zu kommen. Neben einer erheblichen Antriebsverarmung fiel eine läppisch-heitere Stimmungslage bei inadäquater Affektivität auf. Der Gedankenablauf war verlangsamt, der Gedankengang oft abschweifend und zerfahren.

In der Fremdanamnese gibt der Bruder des Patienten ergänzend an, daß Georg R. vor seiner Erkrankung zwar still, aber dabei

gesellig und psychisch unauffällig gewesen sei. Jetzt, wo er mit seinem Bruder zusammen lebe, falle besonders die ausgeprägte Kontaktarmut sowie die inadäquate Affektlage auf. Zuweilen gehe der Patient alleine einkaufen oder helfe dem Bruder im Wald bei Holzarbeiten. Dabei sei er ausgesprochen langsam, stehe stundenlang am Hackholz herum und rühre sich nicht. Häufig lache er nur vor sich hin und führe Selbstgespräche. Zudem leide der Patient unter einem Waschzwang.

Das Gutachten beurteilt den 42-jährigen Patienten als unfähig, einer regelmäßigen Tätigkeit auch nur leichterer Art nachzugehen.

Epikrise: Während seines Militärdienstes wurde der gelernte Schlosser Georg R. erstmals wegen eines schizophrenen Schubes behandelt. Seitdem ging er keiner Berufstätigkeit mehr nach und war 15 Jahre lang in einer psychiatrischen Anstalt untergebracht. Der Patient zeigt einen schweren Persönlichkeitsdefekt mit Antriebsverlangsamung, inadäquater Affektlage und einer - wohl verstärkt durch die langjährige Hospitalisation - ausgeprägten Kontaktarmut.

Fall Nr. 18

Beispiel eines sozial unangepaßten Patienten mit schizophrenem Defektzustand und religiösen Wahnvorstellungen

Arthur Sch., geb. 1921, Rentner,
stationäre Aufnahmen 1963, 1965, 1967, sowie 1968 zur Erstellung eines Gutachtens wegen Entmündigung,
Diagnose: schizophrener Defektzustand

Der Patient besuchte acht Jahre lang die Volksschule und wurde nach der Schulentlassung bei der Post eingestellt. Später machte er eine Lehre als Schuhmacher im väterlichen Betrieb, ohne jedoch eine Abschlußprüfung abzulegen. 1941 trat er bei der Polizei ein und blieb dort angestellt bis zum Ende des Krieges. Nach dem Kriege arbeitete er noch einmal drei Jahre als Schuhmacher.

Arthur Sch. heiratete 1941. Aus der Ehe gingen neun Kinder hervor.

Der Beginn der schizophrenen Erkrankung fällt in die Jahre 1947/48. Herr Sch. berichtet von Inspirationen, die zu jener Zeit erstmals auftraten und die -von ihm als besondere Begnadigung empfunden- ihm „alle Welträtsel lösten".

Fremdanamnestisch war von der Ehefrau zu erfahren, daß seit jener Zeit ständig religiöse Wahnideen bestünden, wodurch ihr Mann einen unerträglichen Druck auf die Familie ausübe. Mehrfach habe er seine Kinder grundlos tätlich angegriffen.

Nach der Entlassung aus einer Heil- und Pflegeanstalt 1948 war der Patient zehn Jahre lang bis 1958 erwerbsunfähig. Die Familie lebte von einer kleinen Unterhaltshilfe.

Später arbeitete Herr Sch. noch einmal als Schuster, ein halbes Jahr im Autobahnbau, eine Zeitlang als Pförtner und kurzfristig als Hilfsschlosser. Dann seien Herzanfälle aufgetreten, wegen derer er nicht mehr habe arbeiten können. 1961 war der Patient noch einmal vier Wochen als Schuhmacher tätig, seither arbeitet

er nicht mehr, sondern bezieht eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit.

1966 wurde der Patient entmündigt. Seit einem halben Jahr lebt er von seiner Frau getrennt; er selbst hat die Scheidung eingereicht, da seine Frau ihn schikaniert und einen Ehebruch zugegeben habe.

Arthur Sch. befand sich bei der Exploration in einer gehobenen, sendungsbewußten Stimmung, die aber in Aggressivität umschlagen konnte, sowie er sich unverstanden glaubte. Der Patient war allseits orientiert, seine Gedanken kreisten aber nur um die religiösen Wahninhalte, seine „Gottgleichheit" und seinen „Kampf mit dem Teufel". Eine Einsicht in das Krankhafte seiner Vorstellungen fehlte ihm völlig.

Die Ausdrucksweise von Herrn Sch. war verschroben, seine Redewendungen voll von Bibelzitaten, mit denen er die Richtigkeit seiner Behauptungen zu beweisen trachtete. Der Affekt war verflacht und starr, ein Kontakt kaum herzustellen.

Epikrise: Seit Beginn seiner Erkrankung vor rund zwanzig Jahren lebt der Schuhmacher Arthur Sch. in religiösen Wahnvorstellungen. Mit Ausnahme von einigen kurzfristigen Gelegenheitsarbeiten ging er seitdem keiner Tätigkeit mehr nach. Durch seine Wahnideen belastete der inzwischen entmündigte Patient seine Frau und seine neun Kinder stark. Herr Sch. erscheint affektiv verflacht, in sich abgekapselt und befangen in seinen Wahninhalten.

Fall Nr. 19

Beispiel einer sozial unangepaßten Defektschizophrenen mit religiösen Wahnvorstellungen

Sophie N., geb. 1919, Arbeiterin,
stationäre Aufnahme 1966,
Diagnose: katatone Schizophrenie

Die Patientin ist Tochter eines Bauern und hatte 13 Geschwister. Nerven- und Gemütsleiden kamen in der Familie nicht vor. Ihre kindliche Entwicklung verlief normal; sie besuchte die Volksschule mit gutem Erfolg. Nach der Schulentlassung blieb Sophie N. zunächst zu Hause, lernte die Haushaltsführung und war in der Folgezeit in Restaurants in verschiedenen Städten tätig.

Fremdanamnestisch ist von ihrem Bruder zu erfahren, daß Frau N. in dieser Zeit einen Kunststudenten kennengelernt habe, dieses Verhältnis aber entgegen allen Erwartungen in die Brüche ging. Eine Ehe ging die Patientin auch später nicht ein.

Der Beginn der Erkrankung ist in die Jahre 1948/49 zu datieren. Es entwickelten sich ein religiöser Wahn und eine deutliche Verschrobenheit; mehrmals wurde eine stationäre Unterbringung erforderlich. Die Patientin umgibt sich mit Heiligenbildern, äußert skurrile religiöse Ideen und versucht, andere zu bekehren.

Stets war Sophie N. in Hotelbetrieben oder Haushalten tätig und versah dort ihre Arbeit -nach den Angaben ihrer augenblicklichen Arbeitgeberin- senr zuverlässig, sorgfältig und zu deren voller Zufriedenheit.

Die Patientin kam zur Aufnahme in die Klinik, nachdem sie begann, laut die Gäste zu beschimpfen und in den Hotelzimmern die Bilder von den Wänden zu nehmen, um statt dessen Heiligenbilder aufzuhängen.

Bei Frau N. war eine Fülle von Verhaltensstörungen zu beob-

achten. Bei der Aufnahmeuntersuchung äußerte sie verschrobene Ideen von der Schlechtigkeit der Welt. Die Patientin war kaum ansprechbar, ein Kontakt zu ihr sehr schwer herzustellen. Ausserlich erschien sie ungepflegt, ihre Kleidung schmutzig, ihr Haar zerzaust.

Epikrise: Seit ihrer Schulentlassung arbeitete Sophie N. in häufig wechselnden Arbeitsverhältnissen in Hotelbetrieben und privaten Haushalten. Trotz einer fast zwanzig Jahre bestehenden schizophrenen Symptomatik mit religiösen Wahninhalten verrichtet sie ihre Arbeit zuverlässig und zufriedenstellend. Eine Fülle von Verhaltensstörungen und eine deutliche Verschrobenheit sind zu beobachten.

Fall Nr. 20

Beispiel für einen sozial relativ günstigen Verlauf nach zwei schizophrenen Schüben

Ruth L., geb. 1919, Verwaltungsangestellte,
stationäre Aufnahmen 1965 und 1966,
Diagnose: Schizophrenie

Frau L. wurde als zweites von drei Kindern eines Beamten geboren. Sie wuchs in geordneten Verhältnissen auf und hatte nach eigenen Angaben eine schöne Jugendzeit ohne finanzielle oder andere Sorgen. Sie besuchte vier Jahre die Volksschule, anschließend vier Jahre eine höhere Schule. Nachdem Ruth L. zwei Jahre an einem Kindergärtnerinnenseminar ausgebildet worden war, übernahm sie die Leitung eines Kindergartens, eine Stellung, die sie etliche Jahre innehatte.

In der Pubertät machte die Patientin eine Anorexia nervosa durch. Im Alter von 17 Jahren trat bei ihr der erste schizophrene Schub auf. Nachdem sie 1954 von Dresden nach Westdeutschland geflohen war, kam es zu einem Rezidiv der Schizophrenie, das eine stationäre Behandlung erforderlich machte. Zu dieser Zeit hatte Frau L. eine Stellung als Erzieherin schwer erziehbarer Kinder angenommen. Sie fühlte sich nach der Erkrankung dieser Tätigkeit nicht mehr gewachsen und versuchte nach Entlassung aus der stationären Behandlung, in die DDR zurückzukehren.

Als ihr die Wiedereinreise verweigert wurde, begann sie, als Hilfsschreibkraft bei einer Bundesbehörde zu arbeiten. Später, als es ihr gesundheitlich wieder besser ging, erlernte sie Stenographie und trat sodann als Buchhalterin bei der Oberfinanzkasse ein.

Frau L. ist keine Ehe eingegangen.

Bei der jetzigen stationären Aufnahme zeigte die Patientin keine Anzeichen eines schizophrenen Defektzustandes oder einer persistierenden Wesensänderung. Offenbar haben die schizophrenen

Schübe bei ihr nicht zu einer Änderung des Affektes, des Antriebs oder des Kontaktverhaltens geführt.

Anlaß zur jetzigen Klinikeinweisung gab, daß Frau L. von Nachbarn aufgegriffen wurde, als sie eines Abends ihren Wahnvorstellungen folgend laut schreiend aus der Wohnung stürzte.

Epikrise: Mit 17 Jahren machte die Patientin ihrem ersten schizophrenen Schub durch. Nach Abschluß eines Kindergärtnerinnenseminars war sie etliche Jahre als Leiterin eines Kindergartens tätig. Der zweite Schub trat ein, nachdem sie eine Stellung als Erzieherin schwer erziehbarer Jugendlicher angenommen hatte. Ruth L., die unverheiratet geblieben ist, arbeitet jetzt als Buchhalterin bei einer Bundesbehörde. Trotz der schizophrenen Erkrankung zeigt die Patientin keine Veränderungen der Persönlichkeit oder der Affektivität.

Fall Nr. 21

Beispiel eines sozial stabilen Verlaufes trotz wiederholter schizophrener Schübe und persistierender Persönlichkeitsveränderungen

Hildegard S., geb. 1926, Hausfrau,
stationäre Aufnahmen 1968 und 1969,
Diagnose: atypische Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis

Die Patientin wurde als einzige Tochter eines Diplom-Chemikers geboren. Geburt und kindliche Entwicklung verliefen normal; eine hereditäre Krankheitsbelastung für Nerven- oder Gemütsleiden liegt offenbar nicht vor.

Hildegard S. besuchte vier Jahre die Volksschule, im Anschluß daran eine höhere Schule bis zur Oberprima. Zu dieser Zeit wurde die Patientin zum ersten Male psychisch auffällig und brach im selben Jahr ihre Schulausbildung ab. Über diese Erkrankung lassen sich keine genaueren Angaben in Erfahrung bringen, der (vermutlich schizophrene) Zustand klang ohne Behandlung wieder ab.

Anschließend arbeitete die Patientin eine Zeitlang bei einem Bauern, später verrichtete sie Heimarbeit.

Nachdem sie ihren späteren Ehemann kennengelernt hatte, der zu der Zeit noch studierte, bereitete sie sich ganz auf den „Beruf als Hausfrau" vor, indem sie Kochkurse u.ä. besuchte. Bis zu ihrer Verheiratung lebte Frau S. bei ihren Eltern. Dem Ehemann verschwieg man die vorausgegangene psychische Erkrankung.

1954 mußte die Patientin sich wegen eines erneuten schizophrenen Schubes in stationäre Behandlung begeben. Seitdem hat sie noch mehrfach psychiatrische Behandlung aufsuchen müssen.

Hildegard S. bezeichnet ihre Ehe als gut. Ihr Mann ist Jurist und hoher Beamter beim Lande Nordrhein-Westfalen. Kinder sind aus der Ehe nicht hervorgegangen. Nach ihren Hobbies befragt,

gibt Frau S. Lesen, Fernsehen, Reisen und Lektüre zur Weiterbildung an.

Beim Untersuchungsgespräch erschient die Patientin kontaktgestört und abweisend im affektiven Bereich, wenig modulationsfähig und nicht immer der Situation angepaßt. Mimik und Gestik wirkten hölzern.

Epikrise: Während des ersten (schizophrenen) Schubes verließ Hildegard S. das Gymnasium in der Oberprima. In den Jahren bis zu ihrer Eheschließung ging sie keiner kontinuierlichen Tätigkeit mehr nach. Jetzt ist Frau S. Hausfrau und lebt im guten wirtschaftlichen Verhältnissen. Seit ihrer Eheschließung mußte sie sich noch mehrfach in stationäre Behandlung begeben und erscheint in ihrem Kontaktverhalten und ihrer Affektlage verändert. Zunächst durch ihr Elternhaus und später durch ihre Ehe mit einem hohen Ministerialbeamten wurde Frau S. vor einem psychosebedingten sozialen Abstieg bewahrt.

Fall Nr. 22

Beispiel eines sozial stabilen Verlaufes trotz wiederholter paranoider Schübe

Inge B., geb. 1929, Hausfrau,
stationäre Aufnahmen 1968 und 1969,
Diagnose: Schizophrenie mit Verdacht auf neurotische Züge

Inge B. wurde als einzige Tochter eines Pianisten geboren. Die Familienanamnese läßt auf eine hereditäre Krankheitsbelastung schließen. Die Patientin besuchte vier Jahre die Volksschule, im Anschluß daran die höhere Schule. Am Gymnasium, wo sie eine glänzende Schülerin war, übersprang sie zwei Klassen und bestand 1946 das Abitur mit Auszeichnung. Schon während der Schulzeit war sie als Dolmetscherin bei den englischen Besatzungstruppen tätig.

Ihr Philogogiestudium Brach Inge B. unerwartet nach zwei Semestern ab, da ihr, wie sie später berichtete, während des Studiums die Führung gefehlt habe. Sie absolvierte statt dessen eine Buchhändlerlehre und lernte während ihrer Tätigkeit als Buchhändlerin ihren Mann kennen.

Seit ihrer Verheiratung 1954 war die Patientin nicht mehr berufstätig. Ihre Erkrankung begann 1956 im Anschluß an die Geburt ihres Sohnes. In den folgenden Jahren kam es wiederholt zu agitierten Zustandsbildern und zu mehreren Suicidversuchen. Aus diesem Grunde wurden immer wieder Aufnahmen in das Bonner Landeskrankenhaus erforderlich.

Die Ehe von Frau B. erscheint durch die häufigen Krankheitsattacken stark belastet. Eine Scheidung ist in Erwägung gezogen.

Ein schizophrener Defektzustand oder Anzeichen bleibender Persönlichkeitsveränderungen liegen nicht vor.

Epikrise: Nach einem glänzenden Abitur brach Inge B. das

Philologiestudium ohne rechte Motivation ab und absolvierte statt dessen eine Lehre als Buchhändlerin. Nach der Eheschliessung gab die Patientin ihren Beruf auf. Seit dem ersten schizophrenen Schub 1956 kam es wiederholt zu Rezidiven und zu stationären Aufnahmen. Frau B. zeigt keine Veränderungen im Sinne psychotischer Residuen. Durch die bestehende Ehe ist sie vor den möglichen sozialen Konsequenzen ihrer Psychose geschützt.

4. Diskussion

Vorauszuschicken ist, daß das vorliegende Material eine positive Auswahl darstellt in dem Sinne, daß chronische Fälle im allgemeinen nicht in die Universitäts-Nervenklinik zur Behandlung kommen, sondern vielmehr in das Rheinische Landeskrankenhaus in Bonn. Patienten etwa mit Hebephrenien oder mit chronifizierten Zyklothymien finden sich nicht in unserem Krankengut, wohl aber einige kurzzeitig zur Begutachtung aufgenommene Patienten mit schweren schizophrenen Defektzuständen.

Diese Arbeit untersucht folglich die soziale Prognose der nicht dauerhospitalisierten Fälle. Auf die Schizophrenien bezogen, machen diese außerhalb der Anstalt lebenden Patienten 50 Prozent (M. BLEULER, 1972), 48 Prozent (MAYER-GROSS) bzw. 44 Prozent (FULLER) der von diesen Autoren langjährig beobachteten Patientenkollektive aus.

Andererseits haben alle in dieser Untersuchung erfaßten Patienten wenigstens zwei Phasen oder Schübe durchgemacht, nämlich die Ersterkrankung im jugendlichen Alter und die Wiedererkrankung, welche Anlaß zur aktuellen Klinikaufnahme gab. Die soziale Entwicklung wird somit ungünstiger sein als bei Patienten, bei denen nur eine solitäre Krankheitsmanifestation auftrat.

Da diese Untersuchung sich auf nicht dauernd in der Anstalt lebende Patienten beschränkt, kommt das Problem des Hospitalismus und der Diskulturation (GOFFMAN) nicht zum Tragen. Eine Ausnahme bildet Georg R. (Fall Nr. 17), der fünfzehn Jahre stationär untergebracht war und sozial völlig unangepaßt erscheint. Auch hier stellt sich das Problem, das von etlichen Autoren angeschnitten wird (W. SCHULTE, 1963; LAUTER; GOFFMAN; E. und M. BLEULER, 1975), inwieweit dieses Phänomen auf einen psychosebedingten Defektzustand zurückzuführen ist, und inwieweit es

als Hospitalisierungsschaden und als psychologische Verarbeitung von Entfremdungserlebnissen (E. und M. BLEULER, 1975) anzusehen ist.

Hinsichtlich der Altersverteilung zeichnet sich bei unseren Patienten ein höheres Erstmanifestationsalter für die Zyklothymien ab. Das errechnete durchschnittliche Ersterkrankungsalter (23,3 Jahre bei den Manisch-Depressiven, 22,7 Jahre bei den Schizophrenen) ist nicht allgemeingültig, da keine Ersterkrankungen im Alter von mehr als 30 Jahren berücksichtigt wurden. Die relativ hohe Zahl von zyklothymen Ersterkrankungen zwischen 25 und 30 Jahren (Abb. 1) ist nicht ohne Konsequenz für die soziale Prognose, da man im allgemeinen davon ausgehen kann, daß in der zweiten Hälfte des dritten Lebensjahrzehnts die Ausbildung abgeschlossen ist, der Betreffende beruflich Fuß gefaßt und nicht selten auch schon eine Familie gegründet hat. Somit dürfte es bei diesen depressiven Patienten nicht in dem Maße zu einer sozialen Entwurzelung (ALBRECHT, BÜRGER-PRINZ, SCHELLER) kommen wie bei Krankheitsmanifestationen in früheren, stärker vulnerablen Lebensphasen.

Ein weiterer Grund, der die soziale Prognose der Zyklothymen von vornherein günstiger erscheinen läßt, liegt darin, daß bei einem beträchtlichen Teil der Manisch-Depressiven (23 von 70 Patienten in unserem Krankengut) die zweite Phase erst nach langem freiem Intervall auf die Erstmanifestation folgte. Bei KRAEPELIN, MAUZ und M. MÜLLER (1936) findet sich dieselbe Feststellung, nämlich daß nach einer einmaligen manischen oder depressiven Phase im jugendlichen Alter Rezidive oft erst Jahrzehnte später, im Klimakterium, aufträten. In diesen Fällen dürfte der soziale Werdegang durch die Erkrankung nur wenig gestört sein (z. B. Fall Nr. 1, 2).

Was den deutlichen Frauenüberschuß in unserem Krankengut betrifft, so ist zunächst zu berücksichtigen, daß in den erfaßten Geburtsjahrgängen (1900-1930) infolge der Kriegsereignisse

ohnehin keine Parität zu erwarten war. Hinzu kommt, daß von Erkrankungen des manisch-depressiven Formenkreises zum überwiegenden Teil Frauen betroffen sind (WEITBRECHT, 1972); schon KRAEPELIN fand in seinem Krankengut zu 70 Prozent weibliche Depressive.

Im Gegensatz zu M. BLEULER (1972), in dessen breit angelegter Untersuchung schizophrene Frauen und Männer in annähernd gleichen Prozentsätzen vertreten sind (108 Frauen zu 100 Männern), dürften in dieser Arbeit die Gründe für den hohen Anteil der Frauen unter den Schizophrenen in einer kliniksinternen Selektion zu suchen sein. Während des Untersuchungszeitraumes bestanden besondere Forschungsinteressen hinsichtlich der Männerstation für Schizophrene, weshalb dort kaum ältere Patienten oder chronische Fälle zu finden waren.

Weiterhin mag die Unterrepräsentation der männlichen Schizophrenen mit darin begründet sein, daß die soziale „Dysfunktionalität" (WIESER), die Anlaß zur Dauerhospitalisierung und Überweisung in ein Landeskrankenhaus gibt, beim Mann eher gegeben ist als bei der Frau. Die Toleranz der Umgebung ist gegenüber einem Mann, der im Beruf versagt und als Ernährer der Familie ausfällt, geringer als gegenüber einer Frau mit gleich schwerem psychopathologischen Krankheitsbild (BURKE, KESKINER), dessen „sozialer Störwert" (WIESER) aber nicht so gravierend ist.

Abgesehen von den weiblichen Zyklothymen, wo der Anteil der Ledigen mit 12,2 Prozent nicht eindeutig von dem der Kontrollgruppe (10,0 Prozent) abweicht, zeigt sich bei allen anderen Patientengruppen eine erhöhte Ledigenrate. Bei den männlichen Depressiven liegt die Quote der ledigen Patienten bei 19,9 Prozent bzw., wenn man den katholischen Geistlichen unberücksichtigt läßt, bei 14,3 Prozent gegenüber 4,2 Prozent in der Vergleichsgruppe. NISSEN fand ein „Heiratsdefizit" von rund 50 Prozent bei Zyklothymen beiderlei Geschlechts, deren Erster-

krankung im jugendlichen Alter lag. Ein Drittel der von PAULY untersuchten jugendlichen Depressiven ging weder eine Verlobung noch eine Ehe ein.

Fragt man sich nach den Ursachen für diese hohe Zahl unverheiratet gebliebener Zyklothymer, so bieten sich mehrere Erklärungsmöglichkeiten an. a) Wenn der Patient die ersten Manifestationen der Krankheit durchgemacht hat, kann er unter Umständen bereits in einem Alter sein, in dem die Möglichkeiten der Partnerwahl „verpaßt" und die Familiengründung erschwert ist. b) Infolge der psychischen Erkrankung kann es zum Bruch von Freundschaften oder zur Lösung von Verlöbnissen kommen (PAULY, ALBRECHT). c) Durch die Erfahrung der Depression kann der Kranke zu einer Grundeinstellung gelangen, die Bedenken gegenüber einer Familiengründung aufkommen läßt, und, was wohl insbesondere Männer betrifft, mag der Patient sich die Frage stellen, ob er die damit verbundene Verantwortung übernehmen kann.

Wenn man berücksichtigt, was im Literaturreferat zur Psychopathologie der Schizophrenien ausgeführt wurde, überrascht nicht, daß unser Krankengut eine stark erhöhte Rate von ledigen Schizophrenen aufweist. Es fanden sich 40 Prozent unverheiratet gebliebene Männer im Vergleich zu 4,2 Prozent in der Kontrollgruppe, sowie 36 Prozent ledige Frauen gegenüber 10 Prozent in der Vergleichsgruppe. In dem Untersuchungsgut von WEINBERG hatten nur 56 Prozent der Patienten einen Lebenspartner. J.-E. MEYER fand bei den von ihm untersuchten Schizophrenen die Ledigenrate um das Doppelte erhöht. Da die Zahlenangabe des letztgenannten Autors sich auf Schizophrene aller Altersgruppen bezieht, spiegelt sie günstigere Verhältnisse wider als die hier vorliegende Untersuchung, bei der die Erstmanifestation der Schizophrenie häufiger noch in die Zeit vor einer Eheschliessung fällt. Infolge der Psychose nicht selten kontaktarm, introvertiert und affektiv verflacht, wird der Schizophrene keinen Partner suchen und finden.

Unerwartet niedrig liegt der Anteil der geschiedenen Ehen; weder bei den Schizophrenen noch bei den Zyklothymen übersteigt er eindeutig die Norm. Zwar wurden von den insgesamt fünf geschiedenen Ehen zwei wegen Geisteskrankheit geschieden (vgl. Fall Nr. 12), und in einem weiteren Fall ist wegen der Psychose ein Ehescheidungsverfahren anhängig. Berücksichtigt man jedoch die oft massiven Krankheitsmanifestationen, so überrascht, daß nur in wenigen Fällen die Ehe daran zerbrochen ist. Bei einem Großteil der Depressiven wird die Ehe sogar ausdrücklich als gut bezeichnet (z.B. Fall Nr. 4,6), obgleich viele dieser Patienten unter häufigen Krankheitsphasen leiden. Bei den Schizophrenen sind vier von zwanzig Ehen nicht intakt; bei zwei Patienten (Fall Nr. 18 und 22) ist das Einvernehmen der Ehegatten durch die Psychose stark belastet.

Gesetzliche Bestimmungen sehen vor, daß im Falle einer Scheidung wegen Geisteskrankheit der geschiedene Ehepartner dem Kranken gegenüber zu vollem Unterhalt verpflichtet ist. In dem einen oder anderen Fall mag diese gesetzliche Regelung ein Hinderungsgrund für eine Scheidung gewesen sein, auch wenn die Ehe stark unter der Psychose leidet.

Die Analyse der Bildungsabschlüsse (Tab. 5-8, Tab. 9) ergab, daß, ausgenommen die männlichen Zyklothymen, die von uns untersuchten Kranken etwas weniger höhere Bildungsabschlüsse aufweisen als die Kontrollgruppe.

Zu berücksichtigen ist jedoch, daß das Patientengut der Bonner Universitäts-Nervenklinik nicht nur aus dem Raum Bonn, sondern auch aus einem größeren ländlichen Einzugsgebiet stammt. Da die Patienten den Geburtsjahrgängen 1900 bis 1930 angehören, ist es auch aus der Zeit heraus zu verstehen, daß die Übernahme des väterlichen Betriebes oder der elterlichen Landwirtschaft häufig die Regel war und nicht eine besondere Schul- und Berufsausbildung (z.B. Fall Nr. 11 und 18). Insbesondere auch bei Frauen wurde in ländlichen Gebieten weniger Wert auf eine

fundierte Berufsausbildung gelegt. Der normale Lebensweg bestand in der Mithilfe in der häuslichen Landwirtschaft oder der Übernahme einer Stellung in fremden Hauhalten bis zur Verheiratung. Eine fehlende Berufsausbildung (vgl. Tab. 9, Tab. 10 und 11) dürfte in solchen Fällen allein aus den sozio-ökonomischen Verhältnissen zu erklären sein in Übereinstimmung mit der Feststellung FÜRSTENBERGs, daß in der Bundesrepublik sowohl hinsichtlich der Dauer der Schulzeit als auch hinsichtlich des Besuches von weiterführenden Schulen der männliche Bevölkerungsanteil dem weiblichen erheblich überlegen ist.

PAULY zieht die Möglichkeit in Betracht, daß bei einem Patienten eine unerkannte Krankheitsmanifestation vorgelegen haben kann, wenn der Betreffende unmotiviert seine Ausbildung abbricht, um sich einem „praktischen Beruf" zuzuwenden. Diese Überlegung wäre beispielsweise bei Inge B. (Fall Nr. 22) anzustellen, die nach glänzenden Schulleistungen ihr Hochschulstudium nicht zum Abschluß brachte und Buchhändlerin wurde.

Infolge manifester psychischer Störungen führten eine depressive Patientin und fünf Schizophrene ihre Schul- oder Berufsausbildung nicht zu Ende. Bezeichnenderweise sind zum überwiegenden Teil schizophrene Abiturienten oder Studenten betroffen, die ihr Studium entweder nicht beginnen (z.B. Fall Nr. 21) oder nicht zu einem Abschluß bringen konnten (z.B. Fall Nr. 12, 14, 22). Zum Zeitpunkt der Ersterkrankung haben die meisten Patienten nämlich, sofern sie überhaupt einen Beruf erlernten, ihre Ausbildung (Handwerkslehre o.ä.) bereits beendet und stehen im Berufsleben. Somit bleibt der Anteil der durch die Psychose beeinträchtigten Berufsausbildungen mit 14,3 Prozent bei den Schizophrenen noch relativ gering. Infolge des höheren Erstmanifestationsalters fällt er bei den Zyklothymen mit 2,8 Prozent noch weniger ins Gewicht.

Krankhafte Einbrüche haben also weniger Rückwirkungen auf die Ausbildung als, wie weiter unten auszuführen bleibt, auf das

Berufsleben.

In Fällen, wo zyklothyme Erkrankungen noch in die Zeit der Ausbildung fielen, gaben sie nur selten Anlaß zu einem Abbrechen der Berufsausbildung; in der Regel nahmen die Patienten ihr unterbrochenes Studium wieder auf. Bei den männlichen Zyklothymen findet sich ein überaus großer Anteil von Akademikern (vgl. Tabellen 5 und 11). Diese Beobachtung steht in Übereinstimmung mit der Literatur. Nach BLANKENBURG zeigt die praemorbide Charakterstruktur des Depressiven eine besonders hohe Einschätzung der Leistung und ein Lebensbild, das sich am beruflichen Fortkommen orientiert. Ebenso spricht MAUZ den Manisch-Depressiven ein besonderes Streben nach Aufwärtsentwicklung zu Ansehen und Wohlstand zu. PANSE bescheinigt ihnen eine im allgemeinen gute Intelligenz und somit überdurchschnittliche schulische Leistungen. Unter den Circulären fand UMENHOF unverhältnismäßig viele Gymnasiasten, Studenten und Akademiker, die sich durch ein besonderes Vorwärtsstreben auszeichneten. Die Feststellung UMENHOFs, daß selbst unter den Frauen kaum ungelernte Arbeitskräfte anzutreffen seien, fand in unserem Krankengut allerdings keine Bestätigung.

Begünstigt durch das relativ hohe Ersterkrankungsalter konnten die Zyklothymen zum Teil ihr akademisches Studium abschließen, ehe es zur ersten Krankheitsmanifestation kam (vgl. Fall Nr. 3, 4 und 7), bei anderen blieb die Erkrankung ohne tiefgreifende Folgen für ihr Studium (vgl. Fall Nr. 1, 2, 9 und 10). Etliche dieser Patienten machten Karriere in Wirtschaft und Verwaltung (v.a. Fall Nr. 2, 3 und 7). Ihr berufliches Fortkommen war durch die Krankheit nur recht wenig gestört, da entweder auf die Ersterkrankung Rezidive erst nach einem langen Intervall folgten (vgl. Fall Nr. 1 und 2), als die berufliche Position bereits gefestigt war. Oder aber häufigere Krankheitsphasen erreichten keine hospitalisierungsbedürftigen Schweregrade; in diesen Fällen gelang es den Kranken, ihre Depressivität zu überspielen und die Fassade eines Gesunden zu wahren (vgl. Fall Nr.

3, 7 und 10).

Auch UMENHOF fand bei zyklothymen Patienten, deren Erkrankung diesen Verlauf zeigte, keine Beeinträchtigung im Berufsleben. Eine Ausnahme stellt in unserem Krankengut Cornelius D.-W. (Fall Nr. 9) dar, bei dem es trotz jahrzehntelangem freiem Intervall zu einem starken beruflichen Abgleiten kam. Das Krankenblatt gibt jedoch keinen Aufschluß über krankheitsbedingte Störungen oder Residualsymptome im Sinne von WEITBRECHT, die etwa die berufliche Aktivität des Patienten beeinträchtigt hätten.

Ein Vergleich mit dem Anteil der Erwerbstätigen in der Normalbevölkerung (Abbildung 2) macht deutlich, in welchem Ausmaß die berufliche Sphäre durch die depressiven und vor allem durch die schizophrenen Erkrankungen betroffen ist.

Nur 20 Prozent der schizophrenen Männer gehen noch einem Beruf nach (gegenüber 95,1 Prozent der gleichaltrigen Männer in der Kontrollgruppe), obgleich keiner der Patienten das Rentenalter erreicht hat. Die meisten von ihnen wurden wegen der schizophrenen Psychose invalidisiert. Demgegenüber ist der Anteil der erwerbstätigen schizophrenen Frauen mit 40 Prozent bzw. 32 Prozent (ohne Teilzeitarbeit) nicht in dem Maße gegenüber der Vergleichsgruppe mit 44,8 Prozent reduziert wie bei den männlichen Schizophrenen; die Ursache hierfür dürfte in der gegenüber der Normalbevölkerung um mehr als das Dreifache erhöhten Ledigenrate (Tabelle 4) bei den schizophrenen Patientinnen zu suchen sein. Diese Frauen, die nicht durch eine Ehe materiell abgesichert sind, gehen zum größten Teil einer Berufstätigkeit nach (vgl. Abbildung 3).

Insgesamt haben neun schizophrene Patienten, was einem Anteil von 25,7 Prozent entspricht, wegen der Psychose jede Berufstätigkeit aufgegeben. Die entsprechenden Zahlenangaben in der Literatur (vgl. Literaturreferat) streuen erheblich; die in

dieser Untersuchung errechnete Größe stellt einen mittleren Wert dar verglichen mit 12 Prozent (GROSS et al., 1971), 12 Prozent (SCHOOLER et al.), 14 Prozent bzw. 42 Prozent (WILLIAMS et al.), 32 Prozent (HALL), 34 Prozent (RENTON et al.) und 35 Prozent (BASHINA).

VIEFHUES sieht die hohe Rate von invalidisierten Schizophrenen mit darin begründet, daß im allgemeinen nur in den Kategorien „arbeitsfähig" oder „arbeitsunfähig" gedacht werde. Vielfach sei es nur eine Frage des geeigneten Arbeitsplatzes, ob dem Patienten nicht wenigstens noch eine Teilzeitarbeit vermittelt werden könne. Nicht zuletzt im Hinblick auf die schlechte materielle Lage der Frührentner, die sich auch in unserem Krankengut abzeichnet (u.a. Fall Nr. 16 und 18), gewinnt dieses Problem an Bedeutung.

VIEFHUES bezeichnet Schizophrene als gute Alleinarbeiter, die routinemäßige Arbeiten oft zufriedenstellend verrichten könnten (vgl. Fall Nr. 19), deren Eingliederung in Arbeitsteams jedoch große Schwierigkeiten mit sich bringe. Die Krankengeschichte von Sophia Sch. (Fall Nr. 13) veranschaulicht diese Problemstellung in besonderer Weise. Fände sich eine Arbeitsstelle, die ihren erheblichen Anpassungsstörungen Rechnung trägt und durch eine gewisse Isolierung am Arbeitsplatz Konflikte mit Arbeitskollegen verhindert, wäre die Patientin zumindest in bescheidenem Umfange zu einer Berufstätigkeit in der Lage. Die Krankenblätter geben keinen Aufschluß darüber, ob analoge Probleme nicht auch bei anderen Patienten eine Rolle gespielt haben, die trotz teilweise erhaltener Arbeitsfähigkeit beruflich nicht mehr Fuß fassen konnten.

Bei seiner Tätigkeit in der Rehabilitation psychisch Kranker macht VIEFHUES die Erfahrung, daß Schizophrene überdurchschnittlich häufig die Arbeitsstelle wechseln. Die gleiche Feststellung läßt sich bei einer Reihe der von uns untersuchten Fälle treffen (z.B. Fall Nr. 12, 14, 15, 18, 19, 20); häufig kam es

hier auch zum Wechsel in einen anderen Beruf.

Zudem, so führt VIEFHUES aus, seien die Arbeitsplätze psychisch Kranker durch saisonale Arbeitslosigkeit in besonderem Maße gefährdet.

Es darf nicht unberücksichtigt bleiben, daß die vorliegende Untersuchung die Jahre 1960 bis 1970 umfaßt, also (vielleicht mit Ausnahme von 1967) Zeiten der Vollbeschäftigung. Deshalb spielt das Problem der Arbeitslosigkeit infolge der psychischen Erkrankung nur eine untergeordnete Rolle. Zu Zeiten der wirtschaftlichen Rezession dürfte es jedoch fraglich sein, ob Arbeitgeber -wie in der Umfrage von BIELIAUSKAS- an der Einstellung psychisch Kranker interessiert sind angesichts möglicher Konsequenzen wie Fehlzeiten, Leistungsminderung, Belastung für die betriebseigene Krankenversicherung.

Im Vergleich zu den Schizophrenien erscheinen die Rückwirkungen der manisch-depressiven Erkrankung auf den Beruf weniger einschneidend. Bei den 7,1 Prozent der von uns untersuchten Zyklothymen, die infolge ihrer Erkrankung zumindest langfristig keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen, kam es in keinem Fall zu einer Invalidisierung. Demgegenüber wurde zehn Prozent der von MICHAELIS und HORSTMANN untersuchten Patienten eine vorzeitige Rente zuerkannt. Sowohl POORT als auch UMENHOF fanden sogar ein Drittel der Zyklothymen in ihrem Krankengut arbeitsunfähig.

Der Anteil der erwerbstätigen männlichen Zyklothymen (80,9 Prozent) weicht zwar von dem der gleichaltrigen Durchschnittsbevölkerung (95,1 Prozent) ab, jedoch nicht in dem Ausmaß wie bei den Schizophrenen. Hingegen ist bei den weiblichen Zyklothymen der Anteil der Berufstätigen mit 24,5 Prozent bzw. 18,4 Prozent (ohne Teilzeitarbeit) erheblich vermindert gegenüber der Kontrollgruppe (44,8 Prozent), bedingt durch die Vielzahl nicht berufstätiger Hausfrauen (s.u.).

Das oben angeschnittene Problem der Arbeitslosigkeit bei psychisch Kranken stellt sich in zwei Fällen bei den Depressiven (vgl. Kapitel 3.2.5), wo die Patienten infolge der Erkrankung ihre Arbeitsstelle verloren. In einem weiteren Falle ist die Wiedereinstellung eines an häufigen zyklothymen Phasen erkrankten Lehrers in Frage gestellt. Das BUNDESBEAMTENGESETZ sieht einen Beamten als dienstunfähig an, wenn er infolge Erkrankung innerhalb von sechs Monaten drei Monate keinen Dienst getan hat, und keine Aussicht besteht, daß er innerhalb von weiteren sechs Monaten wieder dienstfähig wird. Patienten, die unter häufigen Rezidiven einer Psychose leiden, können von dieser Bestimmung betroffen sein, indem sie entweder nicht in das Beamtenverhältnis übernommen oder in den vorzeitigen Ruhestand versetzt werden.

Bei 37,1 Prozent der schizophrenen Patienten (vgl. Kapitel 3.2.5) kam es zu einer beruflichen Beeinträchtigung, in den meisten dieser Fälle sogar zur Aufgabe jeder Erwerbstätigkeit (bei 25,7 Prozent, vgl. oben). Der Anteil der Patienten, der seinen beruflichen Status halten konnte, liegt mit 62,9 Prozent in dieser Untersuchung noch relativ hoch im Vergleich zu anderen Autoren: 34 Prozent bei GROSS et al. (1971), 42 Prozent bei COLE und SHUPE (1970), 43 Prozent mehrfach erkrankter Patienten sowie 68 Prozent einmalig Erkrankter bei IRLE und PÖRKSEN (1971), 68 Prozent bei SCHOOLER et al. (1967). Die relativ günstigen Verhältnisse in unserem Patientenkollektiv dürften nicht zuletzt zurückzuführen sein auf den deutlichen Frauenüberschuß, namentlich den erheblichen Anteil von Hausfrauen, bei denen es nicht zu einem manifesten beruflichen Abstieg kommen konnte.

Übereinstimmend weisen E. BLEULER (1911), KRAEPELIN (1913) und VIEFHUES (1957) auf den jähen sozialen Abstieg nicht weniger Schizophrener hin, die in einem verwandten beruflichen Sektor, jedoch auf niederer beruflicher Ebene tätig bleiben, so beispielsweise ein Jurist als Büroschreiber (E. BLEULER) oder ein

Handwerker als Tagelöhner (KRAEPELIN). Ein beruflicher Abstieg in dieser Form findet sich mehrfach in der Anamnese zyklothymer Patienten (z.B. Fall Nr. 8 und 9) und auch bei einigen Schizophrenen (z.B. Fall Nr. 14), wobei jedoch die schizophrene Psychose die meisten dieser Patienten (Fall Nr. 12, 13, 15, 16, 17, 18) schließlich zur Aufgabe jeder beruflichen Tätigkeit zwang.

Eine krankheitsbedingte berufliche Beeinträchtigung zeigte sich bei den Manisch-Depressiven in 17,1 Prozent der Fälle, hiervon können mehrere Kranke (7,1 Prozent, vgl. oben) -zumindest vorübergehend- keiner Erwerbstätigkeit nachgehen. Die Auswirkungen auf das Berufsleben sind zwar im allgemeinen bei den Zyklothymien nicht so gravierend wie bei den Schizophrenien, dennoch handelt es sich um eine erhebliche Quote, wenn man bedenkt, wie wenig diesem Problem in der Literatur Beachtung geschenkt wird. Zwar betonen u.a. PANSE, MICHAELIS und HORSTMANN, VIEFHUES die Bedeutung dieser Frage, vergleichbare Zahlenwerte wie bei den Schizophrenien über den Anteil beruflich gestörter Patienten fehlen aber.

Einer Reihe von Zyklothymen, deren beruflicher Erfolg sich als sozialer Aufstieg gegenüber dem Elternhaus in 18,2 Prozent der Fälle niederschlägt (Tabelle 12), steht ein beinahe gleich grosser Prozentsatz (13,6 Prozent) gegenüber, der einen seiner Herkunft entsprechenden gesellschaftlichen und beruflichen Status nicht halten konnte. Bei den Schizophrenen ist ein weitaus grösserer Teil, nämlich 44,4 Prozent, im Verhältnis zu seinem Elternhaus sozial abgesunken; nur einer von 27 Schizophrenen konnte seinen gesellschaftlichen Status verbessern. Da bei verheirateten Patientinnen für die Beurteilung des Sozialstatus der Stand des Ehemannes zugrundegelegt wurde, spiegeln diese Ergebnisse recht günstige Verhältnisse wider, denn in nicht wenigen Fällen (s.u.) wurde durch eine standesgemäße Heirat der soziale Abstieg der Patientin verhindert.

Während man bei Patienten, die infolge der Psychose ihrem Beruf nicht mehr gewachsen sind, ein berufliches Abgleiten oder sogar eine Invalidisierung beobachtet, kommt dieser Mechanismus bei erkrankten Hausfrauen nicht zum Tragen. Die Frau im Haushalt kann Konflikte leichter kompensieren als der in der Öffentlichkeit stehende Mann; bei ihr kommt es nicht zur Auflösung eines Arbeitsverhältnisses infolge Leistungsminderung oder Arbeitsausfalls durch Fehlzeiten. Durch ihre Tätigkeit als Hausfrau genügt sie der ihr von der Gesellschaft zugesprochenen Primärrolle (BURKE et al., KESKINER et al.). Gegenüber 37,5 Prozent berufstätigen verheirateten Frauen in der Bundesrepublik stehen nur 8,4 Prozent der verheirateten Depressiven in unserem Krankengut und keine der verheirateten Schizophrenen (Abbildung 3) in einem vollen Arbeitsverhältnis. Bezieht man Teilzeitarbeit wie Mithilfe im Betrieb des Ehemannes oder Heimarbeit ein, so erhöhen sich die Prozentsätze auf 16,7 Prozent für die depressiven und 13,3 Prozent für die schizophrenen Patientinnen, liegen aber immer noch erheblich unter der Norm.

Mit wenigen Ausnahmen (z.B. Fall Nr. 21) geht zwar aus der Anamnese hervor, daß die Patientin die Berufstätigkeit im Anschluß an ihre Verheiratung und nicht infolge eines krankhaften Einbruchs aufgab. Trotzdem erscheint die Überlegung begründet, ob nicht verschiedene Patientinnen, denen eine Berufstätigkeit schwergefallen wäre, auf eine Fortführung bzw. spätere Wiederaufnahme ihres Berufes verzichtet haben, nachdem sie durch die Ehe materiell abgesichert waren (z.B. Fall Nr. 8). Zieht man die mitunter gestörte Kontaktfähigkeit und Außenweltzuwendung der Schizophrenen in Betracht, so kann man davon ausgehen, daß eine Anzahl schizophrener Frauen zwar ihre Hausarbeit versieht, aber nicht die Modulationsfähigkeit für eine Tätigkeit außerhalb ihres Haushaltes aufbringen würde (vgl. Fall Nr. 13).

Aus einer Reihe von Krankengeschichten (etwa Fall Nr. 6, 8, 21, 22) wird ersichtlich, daß die bestehende Ehe einen sozialen Abstieg verhindert, dem die Patientin aufgrund zum Teil massiver

Krankheitsmanifestationen sonst zwangsläufig ausgesetzt gewesen wäre.

Ein Fünftel der schizophrenen und die Hälfte der depressiven Patientinnen geben an, daß sie zumindest zeitweise der Haushaltsführung nicht gewachsen seien. Da diese Frage nur in einem Teil der Krankenblätter angeschnitten wird, dürfte die Quote der Patientinnen höher liegen, die zeitweilig ihre Hausarbeit nicht bewältigen und folglich auch zu einem erheblichen Prozentsatz nicht kontinuierlich einer Berufstätigkeit nachgehen könnten. Offensichtlich infolge erheblicher Insuffizienzgefühle, und da sie stark unter ihrem Leistungsunvermögen leiden (BLANKENBURG, PETRILOWITSCH), erwähnen die depressiven Patientinnen häufiger als die schizophrenen, daß sie ihre Hausarbeit nicht meistern.

In Übereinstimmung mit den Beobachtungen von PANSE und von UMENHOF gerieten auch in unserem Krankengut Maniker mit dem Gesetz in Konflikt (vgl. Fall Nr. 1 und 7). Im Fall Dr. Ludwig W. führten die manischen Manifestationen zur Entmündigung und durch die gegen ihn angestrengten Gerichtsverfahren zu einer beruflichen Zwangslage, zu der es jahrzehntelang trotz häufiger depressiver Phasen nicht gekommen war.

Auch wenn die Krankengeschichten keine diesbezüglichen Hinweise enthalten, kann man davon ausgehen, daß in der akuten Psychose wohl in jedem Falle zwischenmenschliche Konflikte auftreten. Durch paranoide Symptomatik, krankhaftes Mißtrauen, Verfolgungsideen u.ä. macht der Schizophrene sich in den Augen seiner Umwelt „unmöglich". Die Umstände, unter denen manche der von uns untersuchten Schizophrenen oder auch Maniker zur Klinikaufnahme kamen (z.B. im Fall Nr. 1, 19 und 20 auf Veranlassung ihrer Nachbarn), machen diese Tatsache deutlich. Nach GROSS und HUBER (1971) zeigt die Umwelt sich nur wenig tolerant gegenüber Wahn und Halluzinationen. Bei den Depressionen wird die unbewußte Verstimmung der Umwelt (W. SCHULTE, 1957), der depressive Ge-

fühlsverlust (PETRILOWITSCH) sowie die Uneinfühlbarkeit (W. SCHULTE, 1957) und Unbeeinflußbarkeit des Krankheitsgeschehens Rückwirkungen auf die sozialen Beziehungen haben. Auch die unkontrollierten Handlungen des Manikers werden nicht ohne soziale Folgen bleiben.

Zudem dürfte es in etlichen Fällen zu einer Stigmatisierung im Sinne von GOFFMAN kommen durch unter Umständen sogar wiederholte Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik. Diese Problematik wird jedoch nur in einer Krankengeschichte explizit erwähnt (Fall Nr. 16), wo der Patient erklärt, der Aufenthalt in der Nervenklinik habe ihm sozial sehr geschadet.

Bei einem Depressiven fand sich eine krankheitsüberdauernde hypochondrische Symptomatik (Fall Nr. 11); zwei Patientinnen leiden unter persistierenden asthenischen Beschwerden, wie sie außer von KRAEPELIN und STRANSKY vor allem von WEITBRECHT (1960) beschrieben worden sind. Der überwiegende Teil der Zyklothymen zeigt in gesunden Zeiten, wie aus den Anamnesen zu entnehmen war, ein lebensfrohes, sanguinisches Temperament, und nur eine geringere Anzahl von Fällen (z.B. Fall Nr. 2, 8, 11) läßt eine gestörte Beziehung zur Umwelt vermuten.

Anders dagegen bei den Schizophrenen, die in mehr als der Hälfte der Fälle einen mehr oder minder ausgeprägten Defektzustand oder eine deutliche Wesensänderung mit allen sozialen Konsequenzen erkennen ließen. An dieser Stelle sei auf das Literaturreferat verwiesen, wo ausführlich eingegangen wird auf die Folgewirkungen schizophrener Residuen wie affektive Störungen (MAYER-GROSS), soziale Isolierung (KRANZ, WEINBERG) oder Einbuße an mitmenschlicher Beziehungsfähigkeit (HUBER, 1969). Das soziale Kontaktverhalten ist, wie etliche Fallbeispiele zeigen (Fall Nr. 12, 13, 15, 17, 18, 19, 21), bei diesen Kranken erheblich gestört.

Bei der Untersuchung der sozialen Prognose hinsichtlich beruf-

licher und zwischenmenschlicher Aspekte hat sich gezeigt, daß in den Krankenblättern die Anamnesen hinsichtlich der mitmenschlichen Beziehungen unvollständiger und noch lückenhafter waren als hinsichtlich beruflicher Probleme. Die berufliche Sphäre ist leichter faßbar, denn aus Angaben über Beruf und sozialen Werdegang lassen sich Rückschlüsse ziehen auf die berufliche Entwicklung und ihre möglichen Störungen. Mitmenschliche Schwierigkeiten (Isolierung, Vereinsamung, Ausschluß aus früher innegehabten Rollen) sind nicht ohne weiteres aus der Lebensgeschichte abzulesen, und möglicherweise scheuen sich die Kranken auch, darüber zu sprechen. Um nur ein Beispiel zu nennen, so findet sich in keinem der Fälle, wo eine Hausfrau infolge der Krankheit ausfällt, ein Hinweis darauf, wer ihre Aufgaben übernimmt (der Ehemann, eine Verwandte oder halberwachsene Kinder), obgleich diese Frage im Hinblick auf die Art der innerfamiliären Rollenumverteilung (WIESER) von Interesse wäre.

So enthalten die Krankenblätter kaum Angaben über die sozialen Hintergründe, die Haltung der Angehörigen, den Kontakt zu Freunden u.ä., obwohl diese Beziehungen, wie aus dem Literaturreferat hervorgeht, von entscheidender Bedeutung für die soziale Prognose sind.

Aus diesem Grunde wurde als Anhang zu der vorliegenden Arbeit ein Fragebogen zur sozialen Anamnese bei endogenen Psychosen entworfen, der als Anregung dienen könnte, bei der Anamneseerhebung das Augenmerk verstärkt auf die sozialen Zusammenhänge zu richten.

Dieser Fragebogen ist als Vorschlag gedacht, der vielleicht in der einen oder anderen Form aufgegriffen werden und so einen Beitrag dazu leisten könnte, die bislang recht wenig erforschte Frage der sozialen Prognose bei endogenen Psychosen durch exaktere Erfassung der Daten einer genaueren Untersuchung zuzuführen.

5. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit stellt eine retrospektive Untersuchung der Krankengeschichten von 35 schizophrenen und 70 zyklothymen Patienten der Bonner Universitäts-Nervenklinik aus den Jahren 1960-1970 dar. Die soziale Entwicklung dieser Kranken, zu rund fünf Siebteln Frauen und mit einem Ersterkrankungsalter von höchstens 30 Jahren, ließ sich anhand der Krankenblätter mindestens zehn Jahre lang, in der Regel aber erheblich länger, verfolgen.

Abschließend sollen die wichtigsten Ergebnisse in Form einiger Thesen resümiert werden.

1. Das Krankengut stellt eine positive Auswahl nicht dauerhospitalisierter Fälle dar, so daß das Problem des Hosptalismus keine wesentliche Rolle spielt.

2. Abgesehen von den weiblichen Zyklothymen zeigt sich in allen Patientengruppen eine gegenüber der Durchschnittsbevölkerung der Bundesrepublik um ein Mehrfaches erhöhte Ledigenrate.

3. Die Zahl der geschiedenen Ehen übersteigt nicht die Norm.

4. Die Rate der durch die Psychose gestörten Schul- und Berufsausbildungen liegt für die Schizophrenen bei 14,3 Prozent. Betroffen sind in der Mehrzahl Abiturienten und Studenten.

5. Nicht zuletzt infolge des höheren Erstmanifestationsalters ist die Zahl der durch die Zyklothymie beeinträchtigten Ausbildungen mit 2,8 Prozent relativ gering. Unter den männlichen Depressiven findet sich eine überaus große Anzahl von Akademikern.

6. Insgesamt sind 25,7 Prozent der Schizophrenen als Folge der

Psychose dauernd arbeitsunfähig und z.T. invalidisiert; acht von zehn Männern gehen keiner Erwerbstätigkeit mehr nach. Bei 37,1 Prozent kam es zu einer oft erheblichen beruflichen Beeinträchtigung.

7. Von den 7,1 Prozent der Zyklothymen, die langfristig keine berufliche Tätigkeit mehr verrichten, wurde kein Patient invalidisiert. Beruflich geschädigt sind 17,1 Prozent der Manisch-Depressiven.

8. Nahezu einem Fünftel der Zyklothymen, aber nur einem Schizophrenen gelang ein sozialer Aufstieg gegenüber dem Elternhaus. 44 Prozent der Schizophrenen gegenüber 14 Prozent der Zyklothymen konnten einen ihrer Herkunft entsprechenden Sozialstatus nicht halten.

9. Der Anteil der nicht berufstätigen Hausfrauen ist gegenüber der gleichaltrigen Bundesbevölkerung um ein Mehrfaches erhöht.

10. Phasenüberdauernde Residuen bei den Zyklothymen sind selten; der überwiegende Teil der Manisch-Depressiven zeigt in gesunden Zeiten ein heiteres, sanguinisches Naturell. Demgegenüber wurde bei mehr als der Hälfte der Schizophrenen ein Defektzustand oder eine sozial beeinträchtigende Wesensänderung diagnostiziert; die mitmenschliche Beziehungsfähigkeit dieser Patienten erscheint erheblich gestört.

6. Anhang

Entwurf eines Fragebogens zur sozialen Amamnese

Name: Vorname:
Geburtsdatum:
Beruf:
Familienstand:

1. Handelt es sich um die Ersterkrankung?
Wenn nein, wann trat die Ersterkrankung auf?

2. Bei mehrfach Erkrankten, wie oft und wann kam es zu Rezidiven?
Wurden stationäre Aufnahmen erforderlich? Wie oft und wie lange?

3. In welche Lebensphasen fielen die Erkrankungen bzw. stationären Aufnahmen (Schule - Berufsausbildung - Studium - Berufsleben) ?

4. War der Patient in den Intervallzeiten symptomfrei und leistungsfähig?
Wenn nein, welcher Art sind die Residualsymptome?
Bestehen Residualsymptome, die sich auf das Kontaktverhalten auswirken? Inwiefern?

5. Wie ist die praemorbide Charakterstruktur des Patienten? (lebhaft - still - lustig - ernst - robust - sensibel - schwernehmend - lebensfroh - kontaktfreudig - in sich gekehrt)

6. Lebt der Patient eher zurückgezogen, oder hat er einen grösseren Freundeskreis?
Bestehen z.B. Vereinsmitgliedschaften (Sportvereine, Gesang-

verein o.ä.)?
Verbringt der Patient seine Freizeit allein oder mit anderen? Wie gestaltet er sie?

7. Berichtet der Patient, daß seine psychische Erkrankung ihm soziale Nachteile eingebracht hat (Vorurteile, Distanzierung) ?
Haben sich Freunde, Bekannte, Verwandte von ihm distanziert, nachdem sie Krankheitsmanifestationen (z.B. paranoide Symptomatik) bei ihm beobachtet haben?
Bereitet die Tatsache, in einer psychiatrischen Klinik gewesen zu sein, dem Patienten soziale Schwierigkeiten?

8. Welchen Beruf hatte der Vater des Patienten?
Wie waren die wirtschaftlichen Verhältnisse der Eltern?
War die Familie kinderreich?

9. Waren die häuslichen Verhältnisse besonderen Belastungen ausgesetzt (Scheidung oder Tod der Eltern, Trunksucht, psychische Krankheit eines Elternteils)?

10. Welche Schulen besuchte der Patient?
Wie waren seine schulischen Leistungen?
Hatte er Kontakte in der Klassengemeinschaft?

11. Fiel bereits in die Schulzeit eine psychische Erkrankung?
Wenn ja, hatte sie Rückwirkungen auf das schulische Fortkommen?
Auf das Verhältnis zu den Schulkameraden?

12. Erreichte der Patient den angestrebten Schulabschluß?
Welchen?
Wenn nein, aus welchem Grunde hat er ihn nicht erreicht?

13. Hat der Patient eine Berufsausbildung begonnen?
Hat er sie zu einem Abschluß gebracht?

Wenn nein, hatte er nicht die Absicht oder nicht die Möglichkeit?

14. Fiel eine Krankheitsmanifestation in die Zeit der Berufsausbildung oder des Studiums?
Wenn ja, hat sie sich negativ auf den Erfolg der Ausbildung ausgewirkt?
Hatte die Krankheit Folgen im Hinblick auf den Ausbildungsabschluß?
Welche Folgen hatte die Erkrankung oder evtl. Krankheitsresiduen für das Verhältnis zu Arbeitskollegen, Kommilitonen, Ausbildern usw.?

15. Welchen Beruf hat der Patient ergriffen?
War das der Beruf, den er angestrebt hat?
Wenn nein, was hat ihn gehindert, den gewünschten Beruf zu ergreifen?

16. Ist der Patient in seinem Beruf zufrieden?
Hat er ein- oder mehrmals den Beruf gewechselt?
Oder ist er für längere Zeit ohne Arbeit gewesen?
Aus welchen Gründen?

17. Erfüllt der Patient die im Beruf an ihn gestellten Anforderungen?
Sind seine Vorgesetzten mit ihm zufrieden?

18. Wie ist das Verhältnis zu seinen Arbeitskollegen?

19. Mußte der Patient aus Krankheitsgründen in seinem Beruf aussetzen?
Wenn ja, wie oft und wie lange?
Welche Auswirkungen hatte die Erkrankung
a. auf die berufliche Position
(Kündigung, Stellenwechsel)
b. auf das Verhältnis zu Arbeitskollegen und zu Vorgesetzten?

Mußte der Patient einen beruflichen Abstieg in Kauf nehmen?
Inwiefern?

20. Übt der Patient seinen Beruf noch aus?
Wenn nein, wurde er invalidisiert?
Geht er keiner beruflichen Tätigkeit mehr nach?
Auch nicht gelegentlich oder stundenweise?

21. Falls es sich um eine Hausfrau handelt, meistert die Patientin die Haushaltsführung ?
Wenn nein, welche Rückwirkungen hat das auf die Familie und die Rollenverteilung innerhalb der Familie?
Wer übernimmt die Aufgaben, die zu erfüllen die Hausfrau (zeitweilig) nicht in der Lage ist (Ehemann, erwachsene Kinder, Verwandte....)?

22. Ist der Patient eine Ehe eingegangen?
Oder eine dauerhafte Partnerschaft?
Wenn nein, hätte er den Wunsch gehabt?
Aus welchen Gründen kam es in diesem Falle nicht zu einer Eheschließung, besteht eine Beziehung zur psychischen Erkrankung des Patienten?

23. Sofern eine Ehe eingegangen wurde, ist sie harmonisch?
Wie steht der Ehepartner zu der psychischen Erkrankung des Patienten?
Hat sich die Einstellung des Ehegatten zum Patienten infolge der Erkrankung gewandelt (z.B. Distanzierung oder overprotecting)?

24. Ist die Ehe harmonisch?
Kam es zu einer Scheidung oder Trennung der Ehegatten , und sind die Gründe hierfür in der Erkrankung des Patienten zu suchen?

25. Wie sind die Auswirkungen der Krankheit auf andere Familienmitglieder(v.a. die Kinder)?
Hat der Patient nach seiner Erkrankung dieselbe Position wie zuvor; ist er wieder an familiären Entscheidungen beteiligt, oder ist er seither in eine Randposition gedrängt?

26. Mit wem lebt der Patient in Wohngemeinschaft (alleine, mit dem Ehepartner, mit seinen Eltern...)?

7. Literaturverzeichnis

(1) ALBRECHT, H.: „Maligne" Zyklothymien im Jugendalter. In: F. PANSE (Hrsg.): Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen. Stuttgart: Ferdinand Enke 1967

(2) BAER, R.: Die sozialpsychiatrische Prognose der zyklothymen Depression. Stuttgart: Georg Thieme 1975

(3) BAEYER, W. v.: Die Schranke zwischen den seelisch Abnormen und der Gesellschaft. Nervenarzt 22 (1951) 457-462

(4) BAEYER, W. v.: Die Verantwortung der Gesellschaft für ihre psychisch Kranken. Sozialpsychiatrie 1 (1966/67) 2-6

(5) BASHINA, V. M.: The Work Capacity and Social Adaptation of Schizophrenic Patients who Became Ill in Childhood and Adolescence. Int. J. Psychiat. 1 (1965) 248-257

(6) BENEDETTI, G., KIND, H., MIELKE, F.: Forschungen zur Schizophrenielehre 1951 bis 1955. Fortschr. Neurol. und Psychiat. 25 (1957) 101-179

(7) BENEDETTI, G., KIND, H., WENGER, V.: Forschungen zur Schizophrenielehre 1961 bis 1965. Fortschr. Neurol. und Psychiat. 35 (1967) 1-34 und 41-121

(8) BENEDETTI, G., RAUCHFLEISCH, U.: Die Schizophrenie in unserer Gesellschaft. Forschungen zur Schizophrenielehre 1966 bis 1972. Stuttgart: Thieme 1972

(9) BERGER, W. L., GRALNIK, A.: A Two-Year Follow-Up of 152 Hospitalized Psychiatric Patients. Behav. Neuropsychiat. 1 (1970) 6-9

(10) BIELIAUSKAS, V. J., WOLFE, H. E.: The Attitude of Industrial Employers toward Hiring of Former State Mental Hospital Patients. J. clin. Psychol. 16 (1960) 256-259

(11) BLANKENBURG, W.: Zur Leistungsstruktur bei chronischen endogenen Psychosen. Nervenarzt 41 (1970) 577-587

(12) BLEULER, E.: Dementia Praecox. In: G. ASCHAFFENBURG (Hrsg.): Handbuch der Psychiatrie. Leipzig: Deuticke 1911

(13) BLEULER, E. und M.: Lehrbuch der Psychiatrie. Umgearbeitet von M. BLEULER. 11. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1969

(14) BLEULER, E. und M.: Lehrbuch der Psychiatrie. Umgearbeitet von M. BLEULER. 13. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1975

(15) BLEULER, M.: Forschungen und Begriffswandlungen in der Schizophrenielehre 1941 bis 1950. Fortschr. Neurol. und Psychiat. 19 (1951) 385-452

(16) BLEULER, M.: Gedanken und Erfahrungen zur Schizophre-

nielehre. In: M. BLEULER, J. ANGST (Hrsg.): Die Entstehung der Schizophrenie. Bern, Stuttgart, Wien: Huber 1971

(17) BLEULER, M.: Klinik der schizophrenen Geistesstörungen. In: H. GRUHLE, R. JUNG, W. MAYER-GROSS, M. MÜLLER (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Band 1: Klinische Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2. Auflage 1972

(18) BLEULER, M.: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart: Thieme 1972

(19) BOSCH, G.: Berufliches Versagen beim Schizophrenen und Chancen seiner beruflichen Rehabilitation. In: H. KRANZ, K. HEINRICH (Hrsg.): Schizophrenie und Umwelt. 5. Bad Kreuznacher Symposium 1970. Stuttgart: Thieme 1971

(20) BÜRGER-PRINZ, H.: Endogene Psychosen bei Kindern und Jugendlichen. In: H. HIPPIUS, H. SELBACH (Hrsg.): Das depressive Syndrom. München, Berlin, Wien: Urban und Schwarzenberg 1969

(21) BUMKE, O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 3. Aufl. München: Bergmann 1929

(22) BURKE, L. et al.: The Depressed Woman Returns. A Study of Posthospital Adjustment. Arch. Gen. Psychiat. 16 (1967) 548-553

(23) CLARK, J. A., MALLETT, B. L.: A Follow-Up Study of Schizophrenia and Depression in Young Adults. Brit. J. Psychiat. 109 (1963) 491-499

(24) COLE, N. J. et al.: Employment Characteristics of Discharged Schizophrenics. Arch. Gen. Psychiat. 10 (1964) 314-319

(25) COLE, N. J., SHUPE, D. R.: A Four-Year Follow-Up of Former Psychiatric Patients in Industry. Arch. Gen. Psychiat. 22 (1970) 222-229

(26) CONRAD, K.: Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Stuttgart: Thieme 1958

(27) COOPER, B.: Social Class and Prognosis in Schizophrenia. Brit. J. prev. Med. 15 (1961) 17-30 und 31-41

(28) ELOSUO, R.: On the Rehabilitation of Schizophrenics. Acta psychiat. scand. 43 (1967) 169-195

(29) ERRERA, P.: A Sixteen-Year Follow-Up Study of Schizophrenic Patients Seen in an Outpatient Clinic. Arch. of Neurol. and Psychiat. 78 (1957) 84-88

(30) FELDMANN, H.: Einstellung zum psychisch Kranken - Ergebnisse und Probleme. In: H. GRUHLE, R. JUNG, W. MAYER-GROSS, M. MÜLLER (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Band 3: Soziale und angewandte Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1975, 2. Auflage

(31) FREEMAN, H. E., SIMMONS, O. G.: Social Integration of Former Mental Patients. Inter. J. soc. Psychiat. 4 (1959) 264-271

(32) FULLER, R. G.: What Happens to Mental Patients after

Discharge from Hospital. Psychiat. Quarterly 9 (1935) 95-104

(33) FÜRSTENBERG, F.: Die Sozialstruktur in der Bundesrepublik Deutschland. Köln und Opladen: Westdeutscher Verlag 1967

(34) GASTAGER, H.: Die Rehabilitation des Schizophrenen. Bern und Stuttgart: Huber 1965

(35) GASTAGER, H.: Soziodynamische Position in der Familie und ihre Auswirkung auf den Rehabilitationserfolg bei Psychosen. Sozialpsychiatrie 3 (1968) 129-132

(36) GLATZEL, J.: Zur Frage der schizophrenen Verläufe unter der Pharmakotherapie. Arch. Psychiat. u. Z. ges. Neurol. Psychiat. 209 (1967) 87-100

(37) GLATZEL, J.: Leibgefühlsstörungen bei endogenen Psychosen. In: G. HUBER (Hrsg.): Schizophrenie und Zyklothymie. Stuttgart: Thieme 1969

(38) GOFFMAN, E.: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt: Suhrkamp 1972

(39) GROSS, G., HUBER, G., SCHÜTTLER, R.: Verlaufs- und sozialpsychiatrische Erhebungen bei Schizophrenen. Nervenarzt 42 (1971) 292-299

(40) GROSS, G., HUBER, G.: Zur Prognose der Schizophrenien. Psychiat. clin. (Basel) 6 (1973) 1-16

(41) HÄFNER, H.: Über die Rehabilitation jugendlicher

Schizophrener. Fortschr. Med. 83,14 (1965) 541-546

(42) HAFNER, H.: Rehabilitation beim Schizophrenen. Nervenarzt 39 (1968) 385-389

(43) HALL, J. C. et al.: Employment Problems of Schizophrenic Patients. Amer. J. Psychiat. 123 (1966) 536-540

(44) HARTMANN, W.: Statistische Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen. Sozialpsychiatrie 4 (1969) 101-114

(45) HINTERHUBER, H.: Zur Katamnese der Schizophrenien. Eine klinisch-statistische Untersuchung lebenslanger Verläufe. Fortschr. Neurol. Psychiat. 41 (1973) 527-558

(46) HOCHE, A.: Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. Z. Neur. 12 (1912), zit. n. LUNDQUIST

(47) HOLE, G.: Rehabilitation beim Depressiven. Schweizerische Rundschau f. Med. (Praxis) 61 (1972) 944-949

(48) HUBER, G.: Symptomwandel der Psychosen und Pharmakotherapie. In: H. KRANZ, K. HEINRICH (Hrsg.): Pharmakopsychiatrie und Psychopathologie. Stuttgart: Thieme 1967

(49) HUBER, G.: Aktuelle Aspekte der Schizophrenieforschung. In: G. HUBER (Hrsg.): Schizophrenie und Zyklothymie. Stuttgart: Thieme 1969

(50) HUHN, A., PAULY, U.: Klinik, Verlauf und Prognose der Zyklothymie bei Jugendlichen. In: H. KRANZ, K. HEINRICH (Hrsg.): Chronische endogene Psychosen. 6. Bad Kreuznacher Symposium 1972. Stuttgart: Thieme 1973

(51) IRLE, G., PÖRKSEN, N.: Soziale Integration bei wieder und nicht wieder erkrankten Schizophrenen aus eigener Sicht. Nervenarzt 42 (1971) 466-475 und 516-523

(52) JAECKEL, M., WIESER, S.: Studien zur „unsichtbaren Schranke" bei psychisch Kranken. Sozialpsychiatrie 2 (1967) 100-106

(53) JAECKEL, M., WIESER, S.: Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit. Stuttgart: Thieme 1970

(54) JANZARIK, W.: Dynamische Grundkonstellation in endogenen Psychosen. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1959

(55) JANZARIK, W.: Der Aufbau schizophrener Psychosen in der Längsschnittbetrachtung. Nervenarzt 34 (1963) 58-61

(56) JANZARIK, W.: Schizophrene Verläufe. Eine strukturdynamische Interpretation. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1968

(57) KESKINER, A. et al.: The Advantages of Being Female in Psychiatric Rehabilitation. Arch. Gen. Psychiat. 28 (1973) 689-692

(58) KINKELIN, M.: Verlauf und Prognose manisch-depressiven

Irreseins. Schweiz. Arch. Neur. u. Psychiat. 73 (1954) 100-146

(59) KÖNIG, R.: Soziologie. Frankfurt: Fischer 1968

(60) KRAEPELIN, E.: Psychiatrie. III. Band: Klinische Psychiatrie. 8. Auflage. Leipzig: Barth 1909-1915

(61) KRAEPELIN, E.: Die Erscheinungsformen des Irreseins. Z. ges. Neurol. Psychiat. 62 (1920) 1

(62) KRANZ, H.: Depressiver Autismus. In: H. HIPPIUS und H. SELBACH (Hrsg.): Das depressive Syndrom. München, Berlin, Wien: Urban und Schwarzenberg 1969

(63) KETSCHMER, E.: Der sensitive Beziehungswahn. 1. Auflage. Berlin: Springer 1918

(64) KRETSCHMER, E.: Körperbau und Charakter. 1. Auflage. Berlin: Springer 1921

(65) LANGE, J.: Die endogenen und reaktiven Gemütserkrankungen und die manisch-depressive Konstitution. In: O. BUMKE: Handbuch der Geisteskrankheiten. Band 6, Spezieller Teil. Berlin: Springer 1928

(66) LAUTER, H.: Phasenüberdauernder Persönlichkeitswandel und persistierende Symptome bei der endogenen Depression. In: H. HIPPIUS und H. SELBACH (Hrsg.): Das depressive Syndrom. München, Berlin, Wien: Urban und Schwarzenberg 1969

(67) LUNDQUIST, G.: Prognosis and Course in Manic-Depressive Psychoses. Acta psychiat. et neurol. Supplement XXXV, 1945

(68) MAUZ, F.: Prognostik der endogenen Psychosen. Leipzig: Thieme 1930

(69) MAYER-GROSS, W.: Die Klinik. In: O. BUMKE: Handbuch der Geisteskrankheiten. 5. Teil: Die Schizophrenie. Berlin: Springer 1928

(70) MAYFIELD, D. J., FOWLER, D. R.: Occupational Class, Occupational Adequacy and Occupational Dysfunction in Psychiatric Patients. Dis. nerv. Syst. 30 (1969) 379-384

(71) MEYER, J. E.: Schizophrenie und soziale Isolierung. In: H. KRANZ, K. HEINRICH (Hrsg.): Schizophrenie und Umwelt. 5. Bad Kreuznacher Symposium 1970. Stuttgart: Thieme 1971

(72) MICHAELIS, R., HORSTMANN, P.: Depression und Beruf. Medizin. Welt 23 (1972) 1200-1201

(73) MOHS, U.: Statistische Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen. Nervenarzt 37 (1966) 34-36

(74) MÜLLER, M.: Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten. 1. Auflage. Leipzig: Thieme 1936

(75) MÜLLER, M.: Therapie der Schizophrenien. In: H. GRUHLE, R. JUNG, W. MAYER-GROSS, M. MÜLLER (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band II: Klinische Psychiatrie. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960

(76) NISSEN, G.: Depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter. Beitrag zur Symptomatologie, Genese und Prognose. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1971

(77) NUNNALLY, J. C.: Popular Conceptions of Mental Health. New York: Holt, Rinehart & Winston 1961, zit. n. REIMANN

(78) ÖDEGARD, Ö.: Changes in the Prognosis of Functional Psychoses since the Days of Kraepelin. Brit. J. Psychiat. 113 (1967) 813-822

(79) OLSEN, T.: Follow-Up Study of Manic-Depressive Patients whose first Attack Occured before the Age of 19. Acta psychiat. scand. 37, Suppl. 162 (1961) 45-51

(80) PANSE, F.: Untersuchungen über Verlauf und Prognose beim manisch-depressiven Irresein. Mschr. f. Psychiat. u. Neurol. 56 (1924) 15-32

(81) PAULY, U.: Klinik, Verlauf und Prognose der Zyklothymie bei Jugendlichen. Inaugural-Dissertation, Köln 1972

(82) PETRILOWITSCH, N.: Zur Strukturtheorie der endogenen Psychosen. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 81 (1958) 322-343

(83) POORT, R.: Catamnestic Investigations on Manic-Depressive Psychoses with Special References to the Prognosis. Acta psychiat. et neurol. 20 (1945)

(84) REDLICH, F. C., FREEDMAN, D. X.: Theorie und Praxis

der Psychiatrie. Frankfurt: Suhrkamp 1970

(85) REIMANN, H.: Die Gesellschaft und der Geisteskranke. Sozialpsychiatrie 4 (1969) 87-94

(86) RENNIE, T. A. C.: Prognosis in Manic-Depressive Psychoses. Amer. J. of Psychiat. 98 (1942) 801-814

(87) RENTON, C. A. et al.: A Follow-Up of Schizophrenic Patients in Edinburgh. Acta psychiat. scand. 39 (1963) 548-600

(88) RUDOLPH, W.: Ein Beitrag zur Frage der Resozialisierung Schizophrener nach Entlassung aus klinischer Behandlung. Med. Welt 44 (1963) 2234-2236

(89) SCHELLER, H.: Manisch-depressive Verläufe bei Jugendlichen. Sitzungsbericht vom 18. Oktober 1963 der Psychiatr.-Neurol. Gesellschaft in der Deutschen Demokratischen Republik. Zbl. ges. Neurol. 178 (1964) 111

(90) SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie. 10. unveränderte Auflage. Stuttgart: Thieme 1973

(91) SCHNEIDER, P. B. et al.: Le logement des malades d'un service psychiatrique ambulatoire. Sozialpsychiatrie 5 (1970) 202-211

(92) SCHOOLER, N. R. et al.: One Year after Discharge: Community Adjustment of schizophrenic Patients. Amer. J. Psychiat. 123 (1967) 986-995

(93) SCHULTE, W.: Die Reaktionsweisen der gesunden Umwelt auf einzelne seelische Krankheiten. Nervenarzt 28 (1957) 509-514

(94) SCHULTE, W.: Zur Wiedereingliederung seelisch Kranker und Abnormer in Beruf und Familie. Zeitschr. für Psychotherapie u. Med. Psychol. 13 (1963) 209-218

(95) STAR, S. A.: The Public's Ideas about Mental Illness. Paper presented to the Annual Meeting of the National Association for Mental Health. Indiapolis, November 5, 1955. Zit. n. JAECKEL und WIESER (1970)

(96) STRANSKY, E.: Das manisch-depressive Irresein. In: G. ASCHAFFENBURG (Hrsg.): Handbuch der Psychiatrie, Spezieller Teil. Leipzig und Wien: Deuticke 1911

(97) UMENHOF, D. OSB: Zur Prognose der manisch-depressiven Erkrankung bei Jugendlichen. Inaugural-Dissertation, Würzburg 1963

(98) VIEFHUES, H.: Rehabilitation psychisch Kranker. Öff. Gesh. Dienst 19 (1957) 265-273

(99) WALTHER, R.: Zur Wertigkeit einiger Sozialfaktoren für die soziale Reintegration Schizophrener. Nervenarzt 39 (1968) 389-393

(100) WEINBERG, S. K.: The Relevance of the Forms of Isolation to Schizophrenia. Int. J. soc. Psychiat. 13 (1967) 33-41

(101) WEITBRECHT, H. J.: Depressive und manische endogene

Psychosen. In: GRUHLE, JUNG, MAYER-GROSS, M. MÜLLER (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Band II: Klinische Psychiatrie. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer, 1. Auflage 1960

(102) WEITBRECHT, H. J.: Depressive und manische endogene Psychosen. In: GRUHLE, JUNG, MAYER-GROSS, M. MÜLLER (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Band 1: Klinische Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2. Auflage 1972

(103) WEITBRECHT, H. J.: Psychiatrie im Grundriß. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 3. neubearbeitete Auflage 1973

(104) WETZEL, A.: Die soziale Bedeutung. In: O. BUMKE (Hrsg.): Handbuch der Geisteskrankheiten. 5. Teil: Die Schizophrenie. Berlin: Springer 1928

(105) WIESER, S.: Sozialprozesse bei chronisch psychisch Kranken und zur Frage der Rehabilitation. In: F. PANSE (Hrsg.): Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen. Stuttgart: Ferdinand Enke 1967

(106) WILLIAMS, M. et al.: Factors Influencing Community Adjustment of Discharged Long-Term Schizophrenic Patients. Med. J. Austr. 52,II (1965) 821-825

(107) WING, J. K. et al.: Morbidity in the Community of Schizophrenic Patients Discharged from

London Mental Hospitals in 1959. Brit. J. of Psychiat. 110 (1964) 10-21

(108) ARBEITSFÖRDERUNGSGESETZ (AFG) vom 1. Juli 1969

(109) BUNDESBEAMTENGESETZ (BBG) vom 17. Juli 1971

(110) STATISTISCHES JAHRBUCH der Stadt Bonn 1970. Hrsg.: Statistisches Amt der Stadt Bonn, o. Jg.

(111) STATISTISCHES JAHRBUCH für die Bundesrepublik Deutschland 1961. Hrsg.: Statistisches Bundesamt Wiesbaden. Stuttgart und Mainz: Kohlhammer

(112) STATISTISCHES JAHRBUCH für die Bundesrepublik Deutschland 1971. Hrsg.: Statistisches Bundesamt Wiesbaden. Stuttgart und Mainz: Kohlhammer

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. med. W. Zeh für die freundliche Überlassung des Themas und für den hilfreichen Rat und die wertvolle Unterstützung bei der Ausführung der vorliegenden Arbeit.

L e b e n s l a u f

Am 14. Februar 1954 wurde ich in Kempen/Krefeld geboren als Tochter des Diplom-Kaufmanns Franz-Josef Dammer und seiner Ehefrau, der Diplom-Volkswirtin Klara Dammer, geb. Kloubert.

Ich wuchs in Bonn-Bad Godesberg auf und besuchte dort von 1960 bis 1964 die Volksschule, anschließend von 1964 bis 1968 das neusprachliche Mädchengymnasium Clara-Fey-Schule. 1968 wechselte ich zum neusprachlichen Gymnasium St. Angela in Bad Münstereifel, wo ich am 15. Mai 1972 die Reifeprüfung ablegte.

Von Oktober 1972 an studierte ich Medizin an der Universität Bonn. Im August 1974 legte ich in Bonn die Ärztliche Vorprüfung ab, im August 1975 bestand ich den ersten und im März 1978 den zweiten Teil der Ärztlichen Prüfung. Im Jahre 1976/77 war ich für ein Jahr Auslandsstudium an der Universität Wien eingeschrieben.

Nach dem Praktischen Jahr an den Universitätskliniken Bonn schloß ich im Mai 1979 mein Studium mit dem dritten Teil der Ärztlichen Prüfung ab.

Druck: Schmitt & Meyer, Würzburg